

Thesis

MUNICH

1967

BEITRAG ZUR MITHILFE DER ÄRZTE
UND DES VERLETZTEN BEIM
ENTSCHÄDIGUNGSFESTSTELLUNGSVERFAHREN
DER UNFALLVERSICHERUNGSTRÄGER.

HÄUFIGKEIT, URSACHEN UND FOLGEN
ÜBERSEHENER UNFALLSCHÄDEN
AM NATÜRLICHEN UND
PROTHETISCH VERSORGTE GEBISS.

Elmar Winsauer

LANE MEDICAL LIBRARY OF
STANFORD UNIVERSITY
300 PASTEUR
PALO ALTO, CALIFORNIA



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AUS DER ÄRZTLICHEN ABTEILUNG
(Leiter: Medizinaldirektor, Privat-Dozent Dr. K. Link)
DER STAATLICHEN UND KOMMUNALEN UNFALLVERSICHERUNG
DES LANDES BAYERN
(Direktor: Dr. jur. R. Schwinger)

BEITRAG ZUR MITHILFE DER ÄRZTE UND DES VERLETZTEN
BEIM ENTSCHÄDIGUNGSFESTSTELLUNGSVERFAHREN
DER UNFALLVERSICHERUNGSTRÄGER.

HÄUFIGKEIT, URSACHEN UND FOLGEN
ÜBERSEHENER UNFALLSCHÄDEN AM NATÜRLICHEN
UND PROTHETISCH VERSORGTE GEBISS

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde
verfaßt und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Elmar Winsauer
aus München

München 1967

DISSERTATIONSDRUCK - SCHÖN -
- 8 München 23 - Belgradstraße 11 -

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Referent: Medizinaldirektor, Privat-Dozent Dr. Karl Link
Correferent: Professor Dr. Dr. Josef Heiss
Dekan: Professor Dr. Manfred Kiese

Tag der mündlichen Prüfung: 20. 6. 1967

MEINEN VEREHRTEN ELTERN
IN DANKBARKEIT GEWIDMET

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
A. EINLEITUNG	
Begründung der Arbeit	7
B. HÄUFIGKEIT ÜBERSEHENER UNFALLSCHÄDEN	
I. Das Untersuchungsgut	13
II. Statistische Aufteilung des Untersuchungsgutes	13
C. URSACHEN ÜBERSEHENER UNFALLSCHÄDEN	
I. Zur Beteiligung der Durchgangsärzte	16
1. Nichterwähnung von Gebißschäden im D-Arzt-Bericht	18
2. Unterlassung der Gebißuntersuchung bei Gesichtsver-	
letzten	21
3. Im D-Arzt-Bericht nicht erwähnte Schädigungen des	
Gebisses bei Kopfverletzungen	23
4. Praktisch unbrauchbare Angaben im D-Arzt-Bericht	
über Verletzungen des Gebisses	26
5. Fehlen des D-Arzt-Berichtes	29
6. Fehlen der Anlage D-13a	31
7. Nichterwähnung von Zahnschädigungen bei Kieferbrüchen	33
8. Im Befund aufgezeichnete Zahnschädigungen werden	
in der Diagnose nicht mehr erwähnt	35
9. Zusammenfassung	35
II. Zur Beteiligung der praktischen Ärzte	36
1. Nichterwähnung des Gebisses bei Gesichtsverletzungen	40
2. Ungenaue Aufzeichnungen über Gebißverletzungen	41
3. Vorschläge zur Erleichterung der Befundaufnahme	
durch den praktischen Arzt	42
III. Zur Beteiligung der Zahnärzte	43
1. Nicht unfallbedingte Zahnschäden wurden in den	
Behandlungsplan mitaufgenommen	44
2. Sich widersprechende Angaben in den Behandlungsplänen	47
3. Gebißschäden, deren Zusammenhang mit dem Unfall	
unwahrscheinlich ist	48
4. Technische Mängel bei der Untersuchung und	
Erstversorgung	49
5. Mangelhafte Untersuchung	50
IV. Zur Beteiligung der Verletzten	52

D.	FOLGEN ÜBERSEHENER UNFALLSCHÄDEN	54
I.	Unnötige finanzielle Belastung der Unfallversicherungsträger	54
II.	Gesundheitliche und finanzielle Folgen für den Verletzten	55
III.	Finanzielle Folgen für den Zahnarzt	56
E.	VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE	57
I.	Überprüfung der Formulare	58
	1. Gelbe Unfallanzeige	58
	2. Durchgangsarztbericht D-13	61
	3. Anlage zum Durchgangsarztbericht D-13a	65
	4. Arztvordruck 8a	68
II.	Hinweise zur zahnärztlichen Nomenklatur	73
	1. Natürliches Gebiß	73
	2. Prothetisch versorgtes Gebiß	74
F.	SCHLUSS	75
G.	ZUSAMMENFASSUNG	76
H.	LITERATURVERZEICHNIS	78
I.	LEBENS LAUF	80

A. EINLEITUNG

Jeder Arbeitnehmer hat laut Gesetz bei Unfällen, die ihm an seiner Arbeitsstelle oder auf dem Wege von und zu seiner Arbeitsstelle zustoßen, Anspruch auf bestmögliche ärztliche Behandlung. Der Gesetzgeber versteht darunter die vollkommene gesundheitliche Wiederherstellung des Unfallgeschädigten, soweit dies mit den zu Gebote stehenden Mitteln möglich ist. Bei irreversiblen Schäden, die zu einer wesentlichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Unfallpatienten führen, wird nach genauer Überprüfung der Ursachen und der gesundheitlichen Folgen des Arbeitsunfalles dem Geschädigten eine Rente gewährt. Die Durchführung dieser Überprüfung, die Festsetzung der Renten und die Erstattung aller mit dem Unfall direkt in Zusammenhang stehenden Kosten ist die Aufgabe der Berufsgenossenschaften im sogenannten Entschädigungsfeststellungsverfahren. In der Bundesrepublik bestehen 36 gewerbliche und 18 nach Regionen gegliederte landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften, außerdem noch die Berufsgenossenschaft für Wohlfahrtspflege und Gesundheitsdienst, die für das ganze Bundesgebiet (für alle im weitesten Sinne des ärztlichen Dienstes beschäftigten Personen) zuständig ist. Neben den ebengenannten Berufsgenossenschaften bestehen noch gesetzliche Unfallversicherungen, die vom Bund, von den einzelnen Ländern und von den einzelnen Gemeinden getragen werden. Alle diese Institutionen werden unter dem übergeordneten Begriff gesetzliche Unfallversicherungsträger zusammengefaßt.

Die Bewältigung einer derartigen Aufgabe läßt zwangsläufig einen technischen Apparat entstehen, der sich, um überhaupt funktionsfähig zu sein, mit bestimmten Forderungen an seine Versicherten wenden muß. Der Geschädigte, beziehungsweise dessen Arbeitgeber hat im Schadensfall innerhalb von 3 Tagen die sogenannte "Gelbe Unfallanzeige" auszufüllen und sie an den zuständigen Unfallversicherungsträger weiterzuleiten. Weitere Einzelheiten siehe dazu E. Lauterbach, R. Schwinger sowie die einschlägigen Hand- und Lehrbücher der Unfallmedizin und Unfallbegutachtung. Alle anderen Unterlagen, die zur Bearbeitung eines Schadensfalles nötig sind, werden von den behandelnden Ärzten angefordert. In den meisten Schadensfällen wird erfahrungsgemäß zuerst ein freipraktizierender Arzt in Anspruch genommen. Bei leichteren Unfällen, die nur das Gebiß betreffen, werden meist sofort Zahnärzte aufgesucht. Bei allen schweren Unfällen wird der Verletzte gewöhnlich in das nächstgelegene Krankenhaus gebracht, falls dieses, wie es in den gesetzlichen Unterlagen heißt, ein sogenanntes zugelassenes Krankenhaus ist, worunter man ein Krankenhaus versteht, das nach vorhergehender eingehender Prüfung seiner Einrichtungen und der ärztlichen Besetzung nach, geeignet ist, Unfallverletzte zu behandeln. Ist es kein zugelassenes Krankenhaus, wird die Untersuchung natürlich durch den zuständigen Arzt durchgeführt; dieser hat aber die Pflicht, sich sofort mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger in Verbindung zu setzen und zu klären, ob er den Verletzten über die unbedingt

lebensnotwendige Erstversorgung hinaus weiter behandeln darf. Im zuständigen Krankenhaus wird der Verletzte zuerst vom sogenannten Durchgangsarzt untersucht. Die D-Ärzte, Fachärzte für Chirurgie mit besonderer Unfallausbildung- und Erfahrung sind von den Unfallversicherungsträgern speziell dazu ermächtigt, die Erstuntersuchungen durchzuführen und sollen dann später auch, mindestens falls Dauerschäden zurückbleiben, das erste Rentengutachten erstellen. Vorher haben sie mindestens einmal, sehr häufig aber auch in bestimmten Zeitabständen mehrfach Bericht über den Verletzungsfall zu erstatten, was auf bestimmten Formularen, die alle wichtigen Fragen enthalten, zu geschehen hat. Zur Erleichterung dieser Aufgabe der D-Ärzte werden von den Unfallversicherungsträgern Formulare für sie bereitgestellt, die wichtige Fragen nach der Unfallentstehung, dem ersten Befund und der notwendigen Behandlung enthalten und von den D-Ärzten nur ausgefüllt werden müssen. Leider enthält der Durchgangsarztbericht (Bericht über die Erstuntersuchung des Verletzten durch den D-Arzt) keine spezielle Frage nach dem Zustand des Gebisses nach dem Unfall, obwohl das Gebiß, wie die jedes Jahr gesetzlich vorgeschriebene Unfallstatistik zeigt, nicht selten in Mitleidenschaft gezogen ist. Man hat es anscheinend als selbstverständlich angenommen, daß der D-Arzt bei einer Gesamtuntersuchung des Unfallpatienten auch das Gebiß berücksichtigt. Nachdem die Unfallversicherungsträger die unfallbedingten Schädigungen des Patienten hauptsächlich nur aus dem D-Arztbericht entnehmen, kann das Übergehen des Gebisses sowohl für den Patienten, als auch für die Unfallversicherungsträger, erhebliche Schwierigkeiten bringen. Für den Patienten, weil er sich unter Umständen gezwungen sieht, die Behandlungskosten selbst zu übernehmen, die ihm laut Gesetz eigentlich vom Unfallversicherungsträger erstattet werden müßten; für den Unfallversicherungsträger, weil er für eine Leistung, zu der er an und für sich verpflichtet ist, keine entsprechenden Unterlagen hat. So muß er praktisch den Entschädigungsfall, wenigstens soweit es sich um Zahn- und Kieferschäden handelt, noch einmal von vorne aufrollen und kann sich letzten Endes nur auf Mutmaßungen oder die persönlichen Angaben des Verletzten verlassen. Auf diese Schwierigkeiten ist von ärztlicher Seite bisher nur vereinzelt hingewiesen worden; siehe bei Link u. a. . Juristen und sonstige Verwaltungsbeamte der Unfallversicherungsträger haben jedoch auf diese Lücke schon mehrfach hingewiesen, ohne daß es bisher gelungen wäre, sie entsprechend auszufüllen. Es darf in diesem Zusammenhang auf U. Mehler, R. Asanger und K. Preissler hingewiesen werden.

Auch Schedel hat in seinem chirurgischen Lehrbuch für Zahnmediziner aus dem Jahre 1961 zum Durchgangsarztverfahren wie folgt Stellung genommen:

" XI. DURCHGANGSARZTVERFAHREN UND UNFALLBEGUTACHTUNG

Bei jedem Fall ist nach einem etwaigen Betriebsunfall zu fragen. Als solcher werden von den Berufsgenossenschaften Unfälle im Betrieb und auf dem Weg vom und zum Arbeitsplatz anerkannt. Betriebsunfälle sind dem Durchgangsarzt (D-Arzt) zuzuführen, wenn in dem Bezirk das Durchgangsarztverfahren eingeführt ist.

Durchgangsärzte werden von den Berufsgenossenschaften auf Grund ihrer speziellen Ausbildung und Erfahrung in der Unfallmedizin bestellt. Sie übersenden nach jedem Unfall der zuständigen Berufsgenossenschaft, dem einweisenden bzw. weiterbehandelnden Arzt und der in Frage kommenden Krankenkasse ein Formblatt (D 13). Dieses stellt infolge seiner exakten Angaben über Ort und Hergang des Unfalles, Befund und eingeschlagene Therapie die wichtigste Unterlage bei der späteren Klärung von Zusammenhangsfragen etwaiger verbleibender Unfallfolgen dar.

Begutachtung

Gutachten sind meist fachärztliche Stellungnahmen zu Unfall- oder sonstigen Schädigungsfolgen. Wesentlich sind dabei Zusammenhangsfragen zwischen erhobenen Befunden und erlittenen Schädigungen sowie die Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (M. d. E.).

Bei der Begutachtung sind neben der Anamnese und den subjektiven Angaben der Geschädigten vor allem die Aktenunterlagen und die objektiven Untersuchungsergebnisse zu berücksichtigen. Aufgabe des Gutachters ist es, nach Maßgabe der wissenschaftlichen Erfahrung und Erkenntnisse sein Urteil abzugeben, wobei das Kausalitätsbedürfnis der Betroffenen und ein soziales, humanitäres Denken des Gutachters hinter den medizinischen Gegebenheiten zurücktreten müssen, da bei der Begutachtung nur der exakte medizinische Befund maßgeblich ist. In der Regel wird zur Anerkennung von Unfallfolgen ein tatsächliches Unfallereignis sowie ein örtlicher und zeitlicher Zusammenhang zwischen Unfallfolgen und Trauma gefordert werden müssen.

Zur Erleichterung der Begutachtung stehen eine Reihe von Fachbüchern zur Verfügung, in denen auch prozentmäßige Einschätzungen der Erwerbsminderung bei verschiedenartigen Unfallfolgen als Anhaltspunkte für ähnliche Fälle niedergelegt sind.

Gutachten können durch Ausfüllen von Fragen auf vorgedruckten Formblättern (Formblattgutachten) oder in freier Form erstattet werden.

Durchgangsarztbericht lfd. Nr. 760/ 19

Stempel des Durchgangsarztes	Überwiesen durch:	Eingetroffen am 1.1.60 um 2 Uhr
	Betrieb, Krankenkasse.	Arzt, <u>=====</u> Untersucht um 2 ¹⁵ Uhr

Zuname F e n n e r Vorname Ria geb. am 30.1.20
 wohnhaft in Passau Ludwig- Straße Nr. 6, beschäftigt als Kellnerin
 Arbeitgeber (Arbeitsstelle) Gaststätte Dreiflüsseeck Passau
 Krankenkasse AOK Passau Berufsgenossenschaft Gaststätten -u. Nahrungs-
mittel BG München.

1. Unfalltag 1.1.60 1 Uhr¹⁾ Unfallort¹⁾ Passau-Theresienstrasse.
 2. Hergang des Unfalles¹⁾ und unfallbringende Beschäftigung²⁾:

Auf dem Weg von der Arbeit wurde Patientin Ecke Theresien-
straße-Innstraße von einem Radfahrer angefahren. Patientin
stürzte und blieb bewusstlos liegen.

3. Verhalten des/der Verletzten nach dem Unfall: Durch das BRK in das Städt. Krankenhaus
Passau eingeliefert.
 4. a) Erstmals behandelt am 1.1.60 durch Dr. Sailer, Passau Bahnhofstr. 15
 b) Art der ersten ärztlichen (nicht durchgangsarztlichen) Versorgung: -Verband li. Stirn-

5. Befund³⁾:

===== Stark blutende, sternförmige, verschmutzte, 3x5 cm
 große Platzwunde an der li. Stirnseite.
 Bei Aufnahme Erbrechen und retrograde Amnesie.

6. Röntgenergebnis: Schädel in 3 Ebenen: Fissur li. Scheitelbein.
 =====

7. Diagnose (wenn schon einwandfrei zu stellen): Commotio cerebri-Stirnplatzwunde
li.-Fissur li. Scheitelbein.

8. Vom Unfall unabhängige krankhafte Veränderungen: Krampfadern bds.

9. Bedenken gegen
 a) die Richtigkeit der Angaben des/der Verletzten? nein — XXXXXXXX
 b) die Entstehung oder Verschlimmerung durch den Unfall? nein — XXXXXXXX

10. Arbeitsunfähig ab 1.1.60 vor aus Wochen Arbeitsfähig — wieder arbeitsfähig ab
===== Dem Verletzten mitgeteilt

11. Art der etwaigen Erstversorgung (durch den D.-Arzt): Operative Wundversorgung in
Lokalanästhesie-TAT v. Pferd-
stationäre Aufnahme.

12. Bgliche Behandlung erforderlich (vgl. Leitnrn. 8 und 30
 Ärzteabkommen): eingeleitet: ~~XXXXXX~~ stationär — durch nich
Wo? Städt. Krankenhaus Passau

13. Kassenärztliche Behandlung ausreichend. — Nach Wahl
 des/der Verletzten führt sie durch:

14. Nachschau erforderlich in Tagen, falls dann noch arbeitsunfähig; bei Verschlimmerung sofort.

Passau, den 1.1.60

Unterschrift des Durchgangsarztes

Bei Platz-
mangel
bitte
freien
Raum
auf der
Rückseite
benutzen.

*) Bei Gefährdungen, Erfors., cherf. beherrschende, bei Merksensoren, bei Kopfverletzungen mit Gehirnbeteiligung
 Untersuchungen, veranlassen und Befund notifizieren, bei Kopfverletzungen mit Gehirnbeteiligung
 oder Verdacht auf Gehirnbeteiligung zusätzlich Vordruck D 13a ausfüllen.

*) Besondere Angaben bei Wundverletzungen,
 Art und Zustand der Wundverletzung kurz angeben.

Anlage zu D 13 (Auszufüllen bei Kopfverletzungen mit Gehirnbeteiligung oder Verdacht auf Gehirnbeteiligung)

 Zum D-Arztbericht Nr. **760/60** Vor- und Zuname: **F e n n e r R i a**

Welche Anzeichen einer Gehirnbeteiligung bestanden?

 a) **Erbrechen?** **Ja** Wann zuerst? **Sofort n.d. Unfall** Wie oft? **Mehrmals**

 Wer war Augenzeuge? (Name und Anschrift) **Heinz Harras Passau Innstr.8**

 b) **Bewußtlosigkeit?** (d. h. völliges Fehlen des Bewußtseins, nicht bloße Benommenheit oder Ohnmacht, etwa durch Schreck-
einwirkung, nicht bloße Bewußtseinstörung). **Ja**

 Wenn ja, wann trat die Bewußtlosigkeit ein? **Sofort nach dem Unfall**

 Wie lange dauerte sie? **1/2 Stunde**

 Wer war Augenzeuge? (Name und Anschrift) **Heinz Harras Passau Innstr.8**

 c) Bestanden bei der ersten Untersuchung oder wann später **Lähmungs- oder Hirndruckerscheinungen?**
(Sprachstörungen, Krampferscheinungen) **Nein**

 Welche? **/**

 Bestehen solche Erscheinungen noch jetzt? Welche? **Nein**

 Wenn nicht: Wie lange haben sie gedauert? **/**

d) Bestanden bei der ersten Untersuchung oder wann später:

Blutungen aus Ohren, Nase oder Mund? **Nein**
Ausfluß von Liquor? **Nein**
Sonstige Ohrschädigungen oder Hörstörungen? **Nein**

Welche?

Blutung der Augenlider (Brillenhämatom)? **Nein**
Sehstörungen oder anderweitige Augenstörungen? **Nein**

Welche?

 e) Bestanden bei der ersten Untersuchung oder wann später **Veränderungen der Pulsbeschaffenheit** (nach Häufigkeit,
Regelmäßigkeit, Spannung)? **Ja kleiner, schneller Puls**

 f) *Wann wurde ein Facharzt für Nervenkrankheiten zugezogen? Am **1.1.60** Med. Rat **Dr. med. Frischholz**
Welcher? (Name und Anschrift) **Passau Unterer Sand**

 g) *Fand Untersuchung durch einen Augen- oder Ohrenfacharzt statt? Wann? **Nein**
Durch wen? (Name und Anschrift)

 h) Wurden durch den Unfall auch natürliche und künstliche Zähne beschädigt?
Art der Beschädigung? **Ausbruch** Wenn ja, welche alten Schäden sind vorhanden?

 8 7 6 5 4 3 2 1 / 1 ~~2~~ 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

Zusätzliche Gebühr DM

Unterschrift des Durchgangsarztes

*1. Berichterstattung durch die hinzugezogenen Fachärzte an die Berufsgenossenschaft veranlassen

D 13 a (Anlage zu D 13)

Druck: Vot. Hofling München

Bei den sogenannten freien Gutachten handelt es sich meist um Zusammenhangsgutachten, die nach Anamnese, subjektiven Beschwerden und objektivem Befund eine Beurteilung des Unfallzusammenhanges und der verbleibenden Folgen enthalten.

Der D-Arzt kann bestimmen, ob er ohne weitere Maßnahmen seinerseits oder nach entsprechender Versorgung den Patienten in kassenärztliche Behandlung geben bzw. belassen will, oder ob ein berufsgenossenschaftliches Heilverfahren einzuleiten ist. Letzteres kommt in Frage, wenn dadurch im Gegensatz zur kassenüblichen Behandlung eine Abkürzung der Dauer des Heilverlaufes oder der Arbeitsunfähigkeit oder eine bessere Wiederherstellung des Verletzten zu erwarten ist.

Bei allen Verletzten, die in der Hand von Nichtfachärzten verbleiben, hat der D-Arzt die Möglichkeit, die Patienten zur Nachschau zu bestellen und korrigierend einzugreifen. Er erstattet dann einen Nachschaubericht.

In einigen, vor allem ländlichen Bezirken, ist auch heute noch das Beratungsfacharztverfahren üblich. Hierbei kann der praktische Arzt die Behandlung von Unfallverletzten durchführen und ist jederzeit berechtigt bzw. bei Fällen nach § 5 des Abkommens Ärzte-Berufsgenossenschaften verpflichtet, die Verletzten einem Beratungsfacharzt vorzustellen.

Beim Verletzungsartenverfahren sind die behandelnden praktischen Ärzte wie beim Durchgangsarztverfahren verpflichtet, Patienten mit bestimmten Verletzungsarten, die im § 6 der Bestimmungen des früheren Reichsversicherungsamtes benannt sind, unverzüglich in ein Krankenhaus einzuweisen, das von den Berufsgenossenschaften für dieses Verfahren eigens zugelassen ist. "

Leider findet sich, wie man sieht, auch bei Schedel kein Hinweis auf die Mängel im Durchgangsarztformular D 13; auf dem das Gebiß nicht berücksichtigt wird.

Es ist aus diesem Grunde naheliegend gewesen, der offenen Frage, auch vom Standpunkt des medizinischen Unfallbegutachters aus, nachzugehen. Meine Aufgabe war es daher, an Hand eines entsprechenden Untersuchungsgutes: "Die Häufigkeit, die Ursachen und die Folgen übersehener Unfallschäden am natürlichen und prothetisch versorgten Gebiß" aufzuzeigen und geeignete Mittel und Wege zu finden, hier, soweit möglich, Abhilfe zu schaffen.

EIGENE UNTERSUCHUNGEN

Das Untersuchungsgut:

Den eigenen Untersuchungen liegen 750 Schadensfälle zugrunde, die aus einem bestimmten Regierungsbezirk Bayerns stammen, und von den jeweils zuständigen Unfallversicherungsträgern bearbeitet wurden.

Es handelt sich durchweg um Fälle, bei denen, in Verbindung mit anderen Verletzungen, das Gebiß betroffen war, oder die Unfallverletzung das Gebiß unmittelbar betraf.

Insgesamt umfaßt das eigene Untersuchungsgut einen Zeitraum von 9 Jahren.

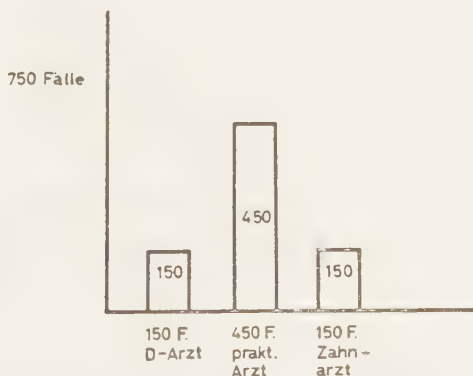
STATISTISCHE AUFTEILUNG DES UNTERSUCHUNGSGUTES

Zur Häufigkeit der jeweils in Anspruch genommenen Ärzte:

Von 750 Fällen suchten 150 Unfallverletzte zuerst den D-Arzt auf, 450 den praktischen Arzt und 150 den Zahnarzt.

Tabelle I soll dies veranschaulichen.

TABELLE I



Fußnote:

Der Personenkreis der Ärzte im Sinne des Kassenarztrechtes der Reichsversicherungsordnung ect., umfaßt Ärzte und Zahnärzte. Eine besondere Heraushebung der Spezialgebiete wird im Laufe der vorliegenden Ausführungen nur dann erfolgen, wenn sie zur Vermeidung von Unklarheiten erforderlich erscheint. Ich folge damit einer Gepflogenheit, wie sie auch im Gesetz (GKAR oder RVO) üblich ist.

Tabelle II zeigt die Aufgliederung nach Hundertsätzen.

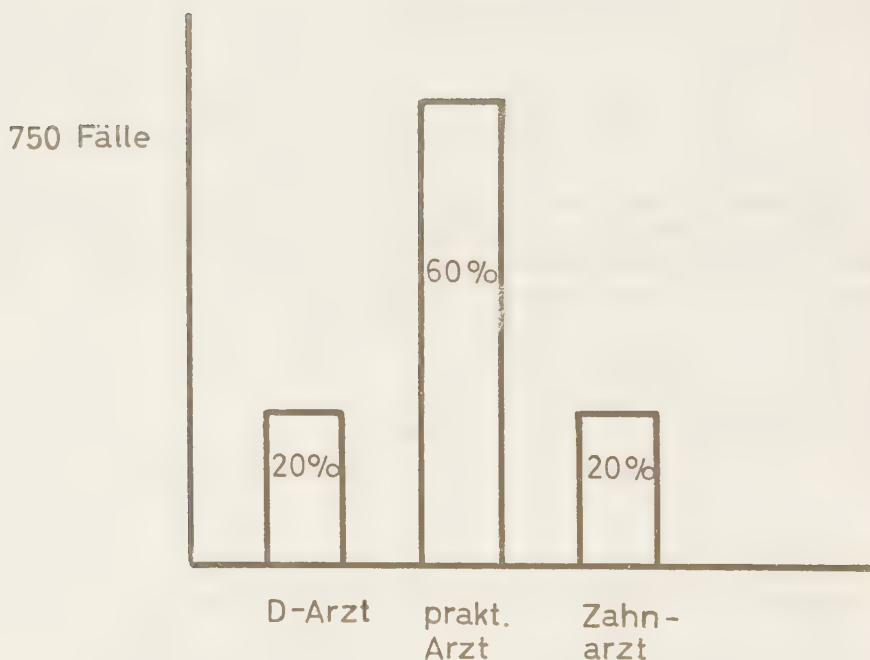
Dabei ergab sich:

20 % der Verletzten waren zuerst beim D-Arzt.

60 % der Verletzten suchten zuerst einen praktischen Arzt auf.

20 % der Verletzten gingen zuerst in die Sprechstunde des Zahnarztes.

TABELLE II



Fußnote:

Es wäre selbstverständlich nahegelegen, bei den errechneten Hundertsätzen, die Richtlinien, welche für Statistiken, die der medizinischen Auswertung dienen sollen, zu berücksichtigen (siehe K. Freudenberg). Bei der vorliegenden Untersuchung konnte aber davon abgesehen werden. Die Berücksichtigung des mittleren Fehlers und damit der Maximum - Minimum - Rechnung konnte unterbleiben, da alle 750 Fälle einzeln untersucht und keine Stichproben zur Auswertung herangezogen wurden.

Wie schon in der Einleitung erwähnt, muß sich der Unfallversicherungsträger bei der Befriedigung der Ansprüche des Geschädigten in der Hauptsache auf den Bericht des Durchgangsarztes stützen. Erst bei zweifelhaften oder sich widersprechenden Angaben wird auf die anderen Möglichkeiten zurückgegriffen; wie Gelbe Unfallanzeige des Arbeitgebers, Nachschauberichte des Krankenhauses, Nachfrage beim eventuell erstbehandelnden praktischen Arzt, Heil- und Kostenplan des Zahnarztes, polizeiliche Vernehmung des Verletzten zum Unfall und polizeiliche Vernehmung von eventuellen Unfallzeugen. Aber selbst diese Vielfalt von Möglichkeiten führt nicht immer zu einer eindeutigen Schadensfeststellung, wenn der D-Arzt in seinem Bericht keine eindeutigen Angaben gemacht hat.

Im Folgenden sei ein Fall wiedergegeben, der vom D-Arzt im Sinne des Unfallversicherungsträgers genau untersucht und aufgezeichnet wurde. Er kann als Modellfall betrachtet werden, der eine reibungslose und schnelle Erledigung der Ansprüche des Unfallgeschädigten garantiert, was nicht nur im Interesse des Verletzten, sondern auch des Unfallversicherungsträgers liegt.

Modellfall D-Arzt

M.K.	22.12.56 9 Uhr 30
17.9.94	Von einem stürzenden Baum am Kinn getroffen und rückwärts gegen einen liegenden Baum zu Boden geworfen.
Landwirt	
Gelbe Unfallanzeige vom 27.12.56	Verletzungen am Kinn, Schlüsselbein und an der Brust.
D-Arzt-Bericht vom 23.4.57	Abbruch des rechten mittleren Schneidezahnes im Oberkiefer, Platzwunde an der Unterlippe, Gehirnerschütterung, linksseitiger Schlüsselbeinbruch, Brustbeinbruch.
Angabe des Verletzten vom 26.4.57:	Verletzungen an der Brust.
Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vom 23.9.57:	Verlust von <u>21/</u> , Zerstörung einer künstlichen Krone von <u>3/</u> . Vor dem Unfall fehlten: <u>87654/3568</u> 8 6 /4567

Eindeutige Feststellung des D-Arztes.

Auf die Diskrepanz zwischen dem D-Arzt-Bericht und dem Heil- und Kostenplan des Zahnarztes wird in dem dazu bestimmten Kapitel noch eingegangen.

ZUR BETEILIGUNG DER DURCHGANGSÄRZTE

Wie aus den Tabellen I + II hervorgeht, sind 150 Fälle oder anders ausgedrückt, 1/5 aller Fälle unseres Beobachtungsgutes zuerst in die Hände der D-Ärzte gelangt.

In 38 % dieser Fälle sind, was das Gebiß betrifft, Beanstandungen zu verzeichnen.

In über 1/3 aller nach dem Unfall erstuntersuchten Verletzten sind somit hinsichtlich des hier untersuchten Gegenstandes - nämlich der Gebißverletzungen - Beanstandungen zu vermerken.

Die Tabellen III und IV zeigen die Verhältnisse:

TABELLE III

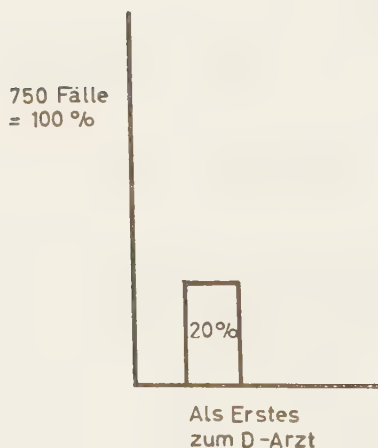
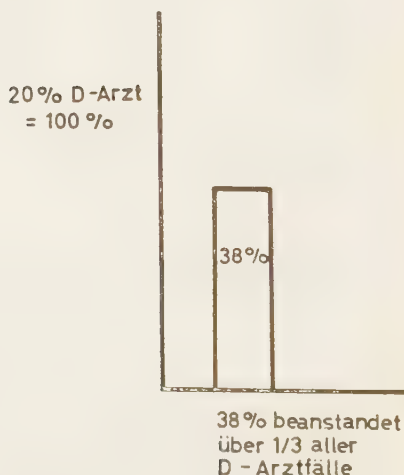


TABELLE IV

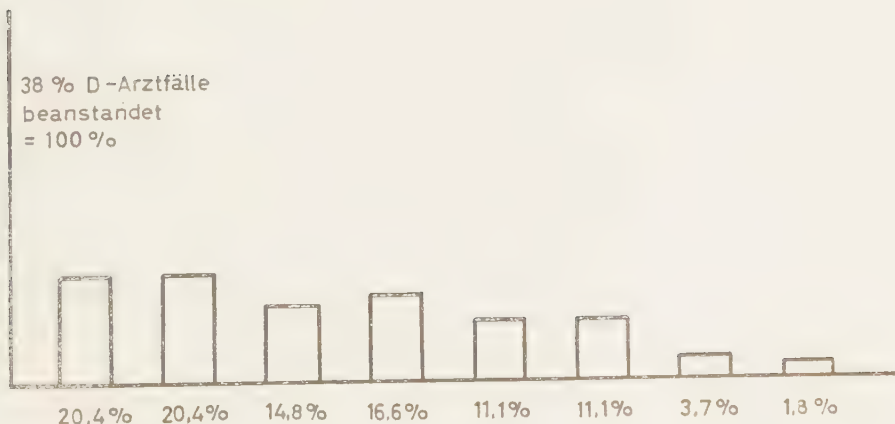


Im einzelnen ergaben sich folgende Prozentzahlen:

1. In 20,4 % wurden Gebißschaden im D-Arztbericht überhaupt nicht erwähnt.
2. In 20,4 % wurde das Gebiß bei Gesichtsverletzungen gar nicht erwähnt.
3. In 14,8 % wurde das Gebiß bei Kopfverletzungen nicht erwähnt.
4. In 16,6 % wurden zwar Angaben über das Gebiß gemacht, aber sehr ungenau, daß sie für die Beurteilung des wirklichen Schadens praktisch wertlos sind.
5. In 11,1 % fehlte der D-Arztbericht überhaupt.
6. In 11,1 % fehlte die Anlage D-13 zum D-Arztbericht.
7. In 3,7 % wurden bei Kieferbrüchen die Zahnschäden nicht erwähnt.
8. In 1,8 % wurden vorhandene Zahnschaden in der Diagnose nicht erwähnt.

Tabelle V soll dies veranschaulichen.

TABELLE V



ZU DEN URSACHEN DER LÜCKENHAFTEN ANGABEN DER D-ÄRZTE

In der vorhergehenden Tabelle wurden die das Gebiß betreffenden Fehlermöglichkeiten im D-Arztbericht rein zahlenmäßig erfaßt. Im Folgenden werden die Ursachen, die zu diesen Fehlern führten, untersucht.

NICHTERWÄHNUNG VON GEBISSCHÄDEN IM D-ARZT-BERICHT

Die Tabelle V zeigt, daß in 20,4 % der Fälle Gebißschäden im D-Arzt-Bericht überhaupt nicht erwähnt wurden. In diesen Fällen handelt es sich meist um schwergradige Verletzungen, die den Kopf nicht unmittelbar betroffen haben. Man kann sich zwar auf den Standpunkt stellen, daß eine Gebißbeteiligung in solchen Fällen äußerst unwahrscheinlich sei und es deswegen eine zusätzliche Belastung für den Patienten und den D-Arzt darstellen würde, neben den anderen verletzten Körperteilen auch noch das Gebiß einer genauen Untersuchung zu unterziehen.

Tabelle V jedoch zeigt, daß gerade in diesen Fällen vom Patienten nach seiner Genesung öfter unfallbedingte Gebißschäden gemeldet werden. Da aber keine Angaben über unfallbedingte Gebißschäden im D-Arztbericht zu finden sind, wird die Anerkennung derartiger Verletzungen durch den Unfallversicherungsträger erheblich erschwert. Der einzige einigermaßen plausible Grund für die Unterlassung der Gebißuntersuchung durch den D-Arzt ist der, daß in dem Formular D13 "Durchgangsarztbericht" keine spezielle Frage nach dem Gebiß vorhanden ist. Dieser Umstand jedoch enthebt den D-Arzt keineswegs der Pflicht, auch das Gebiß zu untersuchen, da er ja immer den ganzen Menschen im Auge behalten muß. Zumindest muß aber die Forderung erhoben werden, daß der D-Arzt den Patienten, sobald hierzu die erste Möglichkeit gegeben ist, nach eventuellen Zahnschäden befragt. Dabei sind solche Patienten, die vorher Träger von herausnehmbarem Zahnersatz waren, besonders genau zu untersuchen. Trotzdem würde es der Sache keinen Abbruch tun, wenn der D-Arzt, der im Grunde ja kein eigentlicher Fachmann auf dem Gebiete der Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten ist, sich nicht ausschließlich auf seine eigenen Feststellungen verließ, sondern sofort, wie er es bei Kieferbrüchen selbstverständlich tut, einen Zahnarzt zur Befunderhebung über das Gebiß zuzöge.

Natürlich wäre es in diesem Falle zweckdienlich, den Zahnarzt ausdrücklich darauf hinzuweisen, eine Untersuchung auf Unfallfolgen durchzuführen. Daß diese Untersuchung nicht wegen irgendwelcher vorher bestandener Gebißschäden durchgeführt werden muß, sondern in erster Linie den Zweck hat, Schädigungen zu erfassen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall entstanden sind, versteht sich von selbst.

Es darf vermerkt werden, daß der Unfallversicherungsträger gegen ein derartiges Verfahren keinen Einwand erheben würde, da es ihm allein darauf ankommt, volle Klarheit über alle Körperschäden (einschließlich der Gebißschäden) zu erlangen, die ein Verletzter erlitten hat. Daß daneben aber auch der schicksalhafte Verfall des Gebisses, wie Karies oder Parodontopathia dystrophica, was gegebenenfalls durch Röntgen-Aufnahmen zu erhärten wäre, nicht außer acht gelassen werden darf, sei nur der Vollständigkeit halber erwähnt. Im Folgenden werden drei Fälle hinsichtlich der in Frage stehenden Lückenhaftigkeit kurz eigens dargestellt.

E. C.	24. 6. 60 15 Uhr 10
4. 6. 19	Ausrutschen Hinterkopf auf Steinpflaster
Verkäuferin	
Gelbe Unfallanzeige v.	
27. 6. 60:	Gehirnerschütterung, Platzwunde am Kopf.
D-Arzt-Bericht v.	
27. 6. 60:	Platzwunde am rechten Scheitelbein, Benommenheit,
Erst-Inanspruchnahme	Erbrechen, retrograde Amnesie, Gehirnerschütterung
24. 6. 60 15 Uhr 40	mit rö. unsicherer Fraktur im Bereich des Hinterhaupt-
M.	beins in Höhe des Foramen occipitale magnum.
	Keine Angaben über Gebißschäden!
Ausführlicher Krank-	
heitsbericht bei	<u>Frage nach Gebißschäden unbeantwortet!</u>
Kopfverletzungen	

In sämtlichen späteren Untersuchungen wurden Gebißschäden verneint.
Heil- und Kostenplan des Zahnarztes: 5/ zerstört, 3 Zähne verschoben.

Das Rö-Bild ergab hochgradige Parodontopathia dystrophica.

L. F. 12.2.59 16 Uhr 30
Landwirt Sturz über 1,80 m von einer Fuhre, Aufschlagen auf Betonboden.

Gelbe Unfallanzeige vom 14.2.59: Kopfplatzwunde, Zertrümmerung des Gebisses, Verstauchung der Wirbelsäule.

Kurze Krankheitsauskunft des Krankenhauses vom 2.4.59: Kontusion der Wirbelsäule im Hals- und Brustabschnitt.

L.
Heil- und Kostenplan des Zahnarztes v. 2.5.59: Totalschaden der Ober- und Unterkiefervollprothese.

Keine Erwähnung des Gebißschadens im D-Arzt-Bericht.

A. H. 26.6.57 11 Uhr 45
Landwirt Schlag von einem Pferd.
Gelbe Unfallanzeige v. 27.6.57: Verletzungen am Kopf, linker Oberarm, linker Oberschenkel (offene Wunde, Bluterguß).
Schreiben des Verletzten v. 6.1.59: Lockerung eines Oberkieferzahnes.
Ärztliche Unfallanzeige: Erstzugezogener Zahnarzt soll der Verletzung keine T. Bedeutung beigemessen haben.
Vielfache Blutergüsse im Bereich der Stirn, des Nasenbeins, der Außenseite des linken Oberarms und am linken Oberschenkel.
Heil- und Kostenplan des Zahnarztes v. 1.6.59: Zerstörung von /2 3 4
Schreiben des Verletzten v. 10.10.59: Im Krankenhaus wurde keine Zahnuntersuchung vorgenommen.

Keine Gebißuntersuchung des D-Arztes.
Ungenügende Untersuchung des erstbehandelnden Zahnarztes.

UNTERLASSUNG DER GEBISSUNTERSUCHUNG DURCH DEN D-ARZT BEI GESICHTSVERLETZTEN

Bei der zweiten Gruppe meiner Statistik (siehe Tabelle V) wurde die Gebißuntersuchung durch den D-Arzt bei Verletzungen des Gesichtes außer acht gelassen. Um es genauer zu sagen, handelt es sich dabei um Verletzungen in einem Gebiet, das sich wie folgt begrenzen läßt:

cranial; Bipullularlinie; seitlich; hinterer Rand des aufsteigenden Astes der Mandibula; caudal; unterer Rand der Mandibula.

In 20,4 % der untersuchten Fälle wurde eine Gebißuntersuchung bei Gesichtsverletzungen unterlassen. Die Gründe hierfür zu finden ist nicht einfach. Es steht jedoch außer Zweifel, daß Nachlässigkeit dabei eine Rolle spielen dürfte, da bei Verletzungen in dem zur Erörterung stehenden Gesichtsgebiet immer eine Gebißverletzung vermutet, beziehungsweise als sicher angenommen werden muß. Natürlich ist es richtig, daß die Untersuchung bei Verletzungen im Gesichtsbereich auf technische Schwierigkeiten stoßen kann. Andererseits erfordert es die ärztliche Sorgfaltspflicht, gerade bei derartigen Verletzungen das Gebiß einer genauen Untersuchung zu unterziehen, da immer an frakturierte Zähne beziehungsweise frakturierten prothetischen Zahnersatz zu denken ist. Daß es dabei zu schweren Komplikationen kommen kann, die unter Umständen lebensgefährlich wirken, sei nur kurz erwähnt.

Im Folgenden werden drei Fälle zur Erläuterung der obigen Ausführungen kurz dargestellt:

T. O.	16.5.60 4 Uhr 45
Hausfrau	Beim Hühnerfutterholen über 3 m von einer Treppe
27.7.07	auf Betonboden gestürzt. Ausrutschen.
Gelbe Unfallanzeige	Doppelseitiger Schädelbruch, zwei Rippenbrüche und
vom 17.5.60	Bruch des rechten Handgelenks.
D-Arzt-Bericht v.	Am linken Auge Brillenhämatom und Fähnchenhäma-
22.6.60;	tom. Am rechten Unterarm in Gelenksnähe Radius-
S.	fraktur. Geschmacksempfindungen mehrere Tage nach
	dem Unfall gestört, mehrere Tage anhaltendes Erbre-
	chen. Querfraktur der 6. und 4. Rippe mit Bruchstück-
	verschiebung.
Heil- und Kostenplan des	Totalbruch und Irreparabilität der totalen OK-Prothese.
Zahnarztes v. 2.1.61:	/2 3 frakturiert.
	Behandlungsvorschlag: Totale OK und UK Prothese.

Völlige Außerachtlassung einer Gebißuntersuchung durch den D-Arzt.

A. S. 19.10.60 13 Uhr 30
 15.2.96 Ausrutschen auf vereister Unterlage unter einen
 Landwirt Wurzelstock.
 Gelbe Unfallanzeige v. linkes Band am rechten Knie, Kratzwunden am Kinn,
 20.10.60: Zahnprothesenbruch.
 D-Arzt-Bericht v. Ausgedehnte Hautabschürfungen Gesicht, multiple
 12.11.60: Prellungen. Distorsion des rechten Kniegelenks,
 Prellung rechter Unterschenkel.
 Zahnärztlicher Befund- Der Verlust von /3 macht die Herstellung einer
 Bericht: totalen OK Prothese notwendig, alte Prothese nicht
 mehr verwertbar. Die totale OK Prothese bedingt
 auch einen partiellen unteren Ersatz.

Vor Unfall EEEEEE/EE EK
 87654321/12345678

D-Arzt-Bericht erwähnt das Gebiß nicht.
 Anlage D 13 fehlt.

L. R. 21.4.58 13 Uhr 15
 28.8.39 Unfall durch Angefahrenwerden.
 Landwirtschaftsarbeiter
 Ärztliche Unfallanzeige =
 D-Bericht v. 23.4.58
 Krankenhaus: Gehirnerschütterung mit Bewußtlosigkeit, tiefe, bis
 M. zum Unterkieferknochen links gehende Platzwunde
 am Kinn. Längsbruch im Bereich des Unterkiefer-
 astes links, Platzwunde hinter dem linken Ohr, Prel-
 lung der rechten Schulter, Quetschungen an der rech-
 ten Hand und am rechten Bein.
 Befundbericht Zahnarzt v. Commotio, Platzwunde am Kinn und Ohr, rechtssei-
 18.7.58: tiger Unterarmbruch, Quetschung linkes Bein, Bruch
 des Unterkieferastes links, Absprengungen an der
 Krone von /7 mit Lockerung des Zahns.
 Heil- und Kostenplan v.
 23.8.58: Kronenbrüche bei $\frac{2}{4}$
 / 7

Fehlen einer Gebißuntersuchung im D-Arzt-Bericht.
 Unklare Angaben des Zahnarztes.

IM D-ARZT-BERICHT NICHT ERWÄHNT E SCHÄDIGUNGEN DES GEBISSES BEI KOPFVERLETZUNGEN

In der dritten Untergruppe (siehe Tabelle V) wurde in 14,8 % der Fälle das Gebiß bei Verletzungen des Kopfes außerhalb des Gesichtsbereiches außer acht gelassen. Natürlich kommt es bei diesen Fällen auf die Art und den Grad der Verletzungen an, wenn eine Gebißbeteiligung vorhanden sein soll. Eine einfache Platzwunde im Bereich des behaarten Kopfes dürfte kaum zu einer Schädigung des Gebisses führen. Man sollte sich aber auch unter solchen Umständen zu keiner Nachlässigkeit verleiten lassen. Wo und wie auch immer der Kopf bei einem Unfall beteiligt ist, muß stets an eine Gebißuntersuchung gedacht werden.

Wie unsere Fälle zeigen, treten bei Kopfverletzungen außerhalb des Gesichtsbereiches ganz typische, unfallbedingte Schädigungen des Gebisses auf, die offensichtlich auf einer übermäßig starken Kontraktion der Kaumuskulatur (Mm. masseter, temporales, mylohyoidei, anteriore Bäuche der Mm. digastrici) im Augenblick der Gewalteinwirkung zurückzuführen sind.

Bei einer derartigen Kontraktion kann es zu einer außerhalb der normalen Okklusion liegenden Schlußbißstellung kommen, die ihrerseits das Gebiß ungünstig beeinflusst. So können daraus beim bereits prothetisch versorgten Gebiß, besonders aber beim Lückengebiß, die für den Untersuchenden teils sichtbaren Gebißschädigungen resultieren, aber auch die unsichtbaren, sich an der Zahnwurzel und an der Pulpa manifestierenden Verletzungen, die bei Nichtbehandlung zu sehr unerfreulichen Spätschäden führen können. Unter den sichtbaren Beschädigungen müssen vor allem die Kauhöcker- und Kronenfrakturen, sowie besonders die Frakturen von festsitzendem und herausnehmbarem Zahnersatz beachtet werden. Bei den unsichtbaren Gebißschädigungen seien die Wurzelfrakturen und die durch übermäßige Luxation eines oder mehrerer Zähne hervorgerufenen Abquetschungen der Pulpa am Apex erwähnt, die bei Nichtbehandlung zwangsläufig zu den chronisch recidivierenden progressiven Ostitiden zu führen pflegen.

Es ist also gerade bei Verletzungen des Kopfes außerhalb des Gesichtsbereiches zu fordern, daß in jedem Falle schon vom D-Arzt eine Gebißuntersuchung vorgenommen wird, um den Unfallverletzten vor unangenehmen Spätschäden zu bewahren.

Die folgenden drei Fälle sollen meine obigen Ausführungen veranschaulichen:

A. T.	15.10.48
25.5.97.	Lösung der Konstruktion eines Kehlbalkenbinders.
Bauhilfsarbeiter	
Unfallanzeige v. 16.8.48:	Gehirnerschütterung, innerer Schädelbruch, Kopfwunde.
D-Arzt-Bericht v. 26.11.48:	Schädelbasisbruch mit nachfolgender rechtsseitiger Gesichtslähmung und Sehkraftschädigung des rechten Auges.
Kurze Krankheitsauskunft)	
v. 2.5.49:	) Gebiß wird nicht erwähnt.
Ausführlicher Bericht)	
v. 9.5.49:	)
Erstes großes Renten-	Spricht erstmals von Zähnen.
Gutachten v. 9.6.49:	

Offensichtliches Versäumnis der Gebißuntersuchung durch den D-Arzt und der genauen Befundaufnahme des Gebißzustandes während des ganzen Krankenhausaufenthaltes.

O. W.	13.9.48
8.12.06.	Sturz über 3,5 m auf ein Beton-Dach:
Kaufmann / Hilfsarbeiter	
D-Arzt-Bericht:	Schädelgrundbruch, Gehirnerschütterung, rechtsseitig Schlüsselbein- und Schulterblattbruch, Prellungen des Brustkorbes und beider Oberschenkel.
Erste Meldung eines Zahnschadens durch den Patienten am 27.5.49:	Losschlagung einiger Zähne im Oberkiefer, Beschädigung einer partiellen Prothese im OK und Verlust einer partiellen Prothese im UK.

Offensichtliches Übersehen von Gebißverletzungen, die bei derartigen Verletzungen fast als hundertprozentig angesehen werden können, durch den D-Arzt beziehungsweise das Krankenhaus.

L. K.	7.4.50
27.6.1900	Fall einer Walze auf den Kopf.
Obersäger	Verletzung der linken Gesichtshälfte und der Kopfschwarte.
Gelbe Unfallanzeige v. 18.4.50:	Schnittwunden linke Gesichtshälfte und Kopfschwarte.
Unfallanzeige der DAK v. 2.5.50 (stützt sich auf die Angaben des erstbe- handelnden Arztes:	Schnittwunde linke Gesichtshälfte und Kopfschwarzen- verletzung.
<u>Krankenhausbericht:</u>	Weichteilwunden, Rö - kein Anhalt für Knochenbruch im Bereich des Schädels.
<u>Behandlungsplan für Zahnersatz v. 5.6.50:</u>	5-gliedrige Brücke <u>rechts unten.</u> (Absprung) <u>=====</u>
<u>Zahnärztlicher Befund- bericht v. 6.7.50:</u>	<u>4/</u> soll verlorengegangen sein, 12 Zähne gelockert.
<u>Schreiben des Verletz- ten v. 27.7.50:</u>	Quetschung - einige Zähne seien verlorengegangen.
<u>Vernehmung am 22.8.1950:</u>	Von einer Beschädigung des Gebisses wird nicht ge- sprochen.

Keine Erwähnung des Gebisses im Krankenhausbericht durch den D-Arzt bei einer Kopfverletzung. Ungenügende Untersuchung und Befundaufnahme durch den Zahnarzt.

PRAKTISCH UNBRAUCHBARE ANGABEN IM D-ARZT-BERICHT ÜBER VERLETZUNGEN DES GEBISSES

In 16,6 % (siehe Tabelle V) der beanstandeten Fälle wurden vom D-Arzt zwar Angaben über das Gebiß gemacht, aber derart ungenau, daß sie für die Beurteilung des tatsächlichen Schadens praktisch wertlos waren. Diese Untergruppe berührt eine sehr bedauerliche Fehlerquelle in den D-Arzt-Berichten. Es ist einerseits anzuerkennen, daß der D-Arzt eine Gebißuntersuchung durchgeführt hat, andererseits ist sie für den Unfallversicherungsträger wertlos, wenn sie ungenau ist, lückenhaft durchgeführt und aufgezeichnet wurde. Für diese Mängel dürften im wesentlichen zwei Ursachen in Frage kommen: Einerseits eine gewisse Nachlässigkeit des D-Arztes oder des zu seiner Vertretung berechtigten Assistenten; andererseits, und das erscheint noch wesentlicher zu sein, eine gewisse Unsicherheit, um nicht zu sagen Unkenntnis der zahnärztlichen Belange. Dabei spielt auch oft die Unkenntnis der zahnärztlichen Nomenklatur, die Bezeichnung der einzelnen Zähne und deren Teile, sowie auch deren Verletzungen eine Rolle.

Dementsprechende Kenntnisse auf diesem Gebiet wären selbstverständliche Voraussetzung für einen dem Unfallversicherungsträger gegenüber verantwortlichen D-Arzt. Auf diese Schwierigkeiten, vor allem in Verbindung mit dem Formblatt D13 wird in einem späteren Kapitel meiner Ausführungen noch näher eingegangen.

Im Folgenden seien drei Fälle kurz dargestellt, die meine obigen Erörterungen veranschaulichen sollen.

H. G.	9.5.55 7 Uhr
4.2.99	Dachabsturz in einem Hof.
Gelbe Unfallanzeige	
v. 9.5.55:	Rippenbruch, Lungenquetschung
Krankenhausmitteilung	Commotio, Thoraxquetschung links mit Serienrippen-
v. 10.5.55:	bruch und Lungenquetschung, Schulterluxation rechts, Platzwunde am Schädel.
D-Arzt-Bericht v.	Schwerer Schockzustand mit Commotio, Platzwunde
10.5.55:	am Schädeldach, <u>Lockerung der unteren Schneidezahn-</u>
Krankenhaus W.	<u>partie mit Blutung aus dem Zahnhals</u> , schwere Thorax-
	quetschung links mit Serienrippenbrüchen, Schulter-
	gelenkluxation rechts.
Bericht des praktischen	
Arztes vom 17.6.55:	Verdacht auf innere Verletzungen und eventuelle Frak-
Inanspruchnahme am	turen, blutende Wunde am Kopf, Bewußtlosigkeit.
9.5.55 7 Uhr 30	
Zahnbefundbericht vom	Fraktur des linken Unterkiefers in der Gegend von
15.6.55:	$\sqrt{345}$, Luxation von $\sqrt{3}$
Vernehmung des Ver-	Gehirnerschütterung, Platzwunde am Kopf, Lockerung
letzten vom 16.6.55:	der unteren Schneidezähne, Brustkorbquetschung mit
	Rippenbrüchen, Schulterverrenkung rechts, Schulter-
	blatinfraktion links.
<u>Zeugenvernehmung</u>	Platzwunde am Kopf, innere Verletzungen.
<u>vom 28.6.55:</u>	
Nachschaubericht des	
Krankenhauses	Commotio cerebri, Platzwunde am Schädeldach,
W. vom 13.7.55:	Fissur an der lateralen Basis des rechten Jochbeins,
	Unterkieferbruch links, Contusion der linken Thorax-
	hälfte mit Serienrippenbruch, Infraktion des linken
	Schulterblattes, Schulterluxation rechts.
Entlassungsbericht des	Schädelfraktur links, Luxation des rechten Schulterge-
Krankenhauses vom	lenks mit Abrißfraktur des Tuberculum majus und
26.8.55:	nachfolgender Schulterversteifung.
Kieferbruchbefundbericht	Rippenfrakturen, Unterkieferbruch bei $\sqrt{23}$ mit Verla-
des Zahnarztes vom	gerung des linken Fragments nach innen unten, Locke-
16.5.55:	rung von $\sqrt{3}$

Ungenau, daher unbrauchbare Angaben über Gebißschädigungen im Durchgangs-
arztbericht.

I. G.	30.9.52
Landwirt	Beim Zersägen von Stückholz von einem abspringen-
	den Holzklotz im Gesicht getroffen.

Befundbericht des
Krankenhauses

T. vom 29.11.52:

Spaltförmige Wunde der Unterlippe, große sternförmige Wunde am Kinn, schmerzhafte Schwellung des rechten Kiefergelenks, sowie Verletzung einiger Zähne.

Zahnbefundbericht vom
12.5.53:

Direkter Verlust von 1/1 ;
indirekter von 2/ und 1/.

Keine genaue Bezeichnung des Zahnverlustes durch den D-Arzt.

J. A.	8.6.59
Landwirt	Sturz vom Moped.
Unfallanzeige:	Rißwunden, Abschürfungen im Gesicht und Kopf; Zahnverlust, Bewußtlosigkeit.
Durchgangsbericht Krankenhaus D.	Platzwunde an der Oberlippe, Nase und Gesicht; <u>Anschlagung und Lockerung einiger Zähne.</u>
Heil- und Kostenplan Zahnarzt:	Lockerung von <u>1/1234</u> mit Splitterung des Zahn- fortsatzes.

Sehr vage Angaben über den Gebißschaden im Durchgangsarztbericht.

FEHLEN DES DURCHGANGSARZTBERICHTES

In der fünften Untergruppe der beanstandeten Fälle fehlte der Durchgangsarztbericht in 11,1 % überhaupt. Dafür gibt es an und für sich nur zwei Gründe: Entweder ging der Bericht irgendwie verloren, oder er wurde überhaupt nicht angefertigt. Sicher kann auch ein Durchgangsarztbericht einmal verloren gehen, aber eine Quote von 11,1 % scheint für diesen Grund doch zu hoch zu liegen. Es ist also eher der zweite Grund, nämlich die Nichtanfertigung, anzunehmen, zumal sich bei Nachfragen meistens herausstellt, daß auch die übrigen Unterlagen, wie zum Beispiel Krankenblätter, unauffindbar sind und nur notdürftig aus der Erinnerung heraus rekonstruiert werden können. Dies ist umso unverständlicher, als der D-Arzt ja verpflichtet ist, bei Unfallpatienten einen Erstuntersuchungsbericht anzufertigen. Inwieweit bei der Unterlassung der Anfertigung der Erstuntersuchungsberichte auch die zuständigen Krankenkassen Schuld haben, muß offen bleiben. Ist es doch gesetzlich mit auch deren Pflicht, im einzelnen Verletzungsfall eine Durchgangsarztuntersuchung raschestens zu veranlassen. Es gibt natürlich noch viele andere Gründe, die hier aufzuführen wären. So könnte die Schuld beim Verletzten selbst, beim Unternehmer, oder auch bei anderen Ärzten liegen. Jedenfalls wäre es nicht richtig, für die Unterlassung der Erstellung der Durchgangsarztberichte ausschließlich die D-Ärzte verantwortlich zu machen. Manchmal ist der Grund auch der, daß vorher schon ein anderes Krankenhaus beansprucht worden war und das zweite Krankenhaus annimmt, der Durchgangsarztbericht sei bereits erstellt. Nicht feststellen läßt sich, warum der Unfallversicherungsträger von sich aus die Erstellung des Durchgangsarztberichtes nicht angefordert hat. Man kann manchmal selbst Spezialkrankenhäuser für Unfallverletzte nicht ganz von dem Vorwurf freisprechen, daß in der Erstellung der Durchgangsarztberichte Unterlassungen vorkommen.

Die folgenden drei Fälle sollen obige Ausführungen veranschaulichen.

A. G.	24. 7. 59 5 Uhr 40
24. 5. 35	Zusammenstoß: Motorroller - Lastzug.
V.	
Saatzuchtpraktikant	
Gelbe Unfallanzeige	Fraktur linke Schulter und Oberarm. Komplette Fraktur
vom 5. 8. 59:	linker Unterschenkel.
Durchgangsarztbericht fehlt.	
Im ersten Rentengutachten werden der Abbruch der beiden oberen Schneidezähne erwähnt in der Anamnese.	
Zahnbefund-Bericht:	Beschädigung von <u>21/</u>
Rechnung des Zahnarztes:	Beschädigung von <u>21/1</u>

Unklare Verhältnisse durch Fehlen des Durchgangsarztberichtes.

A. F. 3.10.60 15 Uhr 30
 Landwirt Abrutschen von der Anhängervorrichtung eines Schleppers, Sturz mit dem Gesicht auf Ackerschiene.

Gelbe Unfallanzeige des Verletzten vom 5.10.60: Nase und Oberlippe verletzt. Obere Zahnprothese zum Teil abgebrochen.

Auskunft praktischer Arzt vom 6.12.60: Perforierende Platzwunde linke Oberlippe, Schwellung der Nase Rö- ohne Bruch, mit Blutung.

G. 1. Inanspruchnahme 3.10.60

Kurze Krankheitsauskunft des Krankenhauses vom 24.10.60 wie oben L.

Behandlungsplan für Zahnersatz vom 17.10.60: Zerbrochene Oberkiefer-Total-Prothese.

Durchgangsarztbericht bei Krankenhausaufenthalt fehlt!

M. A. 27.5.54 9 Uhr 45
 5.6.08 Schwächeanfall, Leitersturz 3 1/2 Meter auf Betonboden
 Maurer

Gelbe Unfallanzeige vom 27.7.54: Beinbruch

Krankheitsbericht vom 1.8.54: Schwerer Luxationsbruch am rechten oberen Sprunggelenk.

Krankenhaus K. Schien- und Wadenbeinbruch im oberen Drittel rechts sowie Verrenkungsbruch des rechten Sprunggelenks.

Schreiben des Unfallkrankenhauses M. vom 19.8.54: Abschürfungen am Kopf links

Vernehmung des Verletzten vom 22.9.54: Luxationsfraktur rechtes Sprunggelenk.

Zahnärztlicher Befundbericht vom 28.10.54: Kronenbruch an $\overline{5}$, Zertrümmerung der UK-Prothese, Beschädigung der Metallkrone von $\overline{6}$.

erste Inanspruchnahme am 6.10.54

Schreiben des Unfallkrankenhauses vom 9.11.54: entsprechend nachträglicher Angabe des Patienten M.

Krankenblatt des Krankenhauses: K. Zähne zum Teil lose, besonders unten.

Fehlen des Durchgangsarztberichtes. Unklare Angaben über Gebißverletzungen.

FEHLEN DER ANLAGE D13A (KOPFVERLETZUNGEN MIT GEHIRNBETEILIGUNG) BEIM DURCHGANGSARZTBERICHT

Bei Kopfverletzungen mit Gehirnbeteiligung ist der D-Arzt dazu verpflichtet, das Formular D 13 a als Anlage zum eigentlichen D-Arzt-Bericht (D 13) auszufüllen. In 11,1 % der beanstandeten Fälle (Untergruppe 6) wurde dieser zusätzliche Bericht nicht erstellt. Daß dieser vor allem für die Erkennung und Beurteilung von Spätschäden nach Kopfverletzungen mit Gehirnbeteiligung sehr wichtig ist, versteht sich von selbst, interessiert aber im Rahmen dieser Arbeit nur am Rande. Es fällt aber auf, daß auf diesem Formular als letzter Punkt die Frage nach eventuellen Gebißschädigungen gestellt wird, obwohl eine unfallbedingte Schädigung des Gebisses keineswegs in ursächlichem Zusammenhang mit einer Kopfverletzung mit Gehirnbeteiligung stehen muß. Dies ist nur daraus zu verstehen, daß man anscheinend mit dem Hauptformular (D 13) des Durchgangsarztesberichtes hinsichtlich der Erfassung von Gebißschädigungen keine guten Erfahrungen gemacht hat und deshalb diese Frage am Schluß des Anlageformulars D 13a noch angehängt hat, obwohl sie eigentlich auf das Durchgangsarztesberichtsformular D 13 gehört. Kommt es doch hier in erster Linie darauf an, andere Verletzungen in Vollständigkeit zu erfassen, die in das eigentliche Arbeitsgebiet des Chirurgen gehören.

Darauf wird in dem hierfür bestimmten Kapitel noch genau eingegangen.

Folgende drei Fälle sollen zur Veranschaulichung dienen:

K. A.	8.9.59. 20 Uhr 30
3.4.38	Von einem Motorradfahrer angefahren worden
Landwirtschaftliche Aushilfe.	
Gelbe Unfallanzeige vom 12.8.59:	Schädelbruch, Kieferbruch, Unterschenkelbruch.
D-Bericht v. ?	Unterschenkelbruch rechts, Commotio, Unterkieferbruch.
Behandlungsplan	
Zahnarzt v. 9.12.59:	Beschädigung <u>1/1</u>

Fehlen eines genauen Gebißbefundes im D-Arzt-Bericht.

Anlage D-13a fehlt.

A. T.	15.10.48
25.5.97.	Lösung der Konstruktion eines Kehlbalkenbinders.
Bauhilfsarbeiter	
Unfallanzeige v. 16.8.48:	Gehirnerschütterung, innerer Schädelbruch, Kopfwunde.
D-Arzt-Bericht v. 26.11.48:	Schädelbasisbruch mit nachfolgender rechtsseitiger Gesichtslähmung und Sehkraftschädigung des rechten Auges.
Kurze Krankheitsauskunft)	
v. 2.5.49:)	
Ausführlicher Bericht)	Gebiß wird nicht erwähnt.
v. 9.5.49:)	
Erstes großes Renten-	
Gutachten v. 9.6.49:	Spricht erstmals von Zähnen.

Offensichtliches Versäumnis der Gebißuntersuchung durch den D-Arzt und der genauen Befundaufnahme des Gebißzustandes während des ganzen Krankenhausaufenthaltes.

Anlage D13a fehlt.

L. R.	21.4.58 13 Uhr 15
28.8.39	Unfall durch Angefahrenwerden.
Landwirtschaftsarbeiter	
D-Bericht v. 23.4.58	
Krankenhaus:	Gehirnerschütterung mit Bewußtlosigkeit
M.	tiefe, bis zum Unterkieferknochen links gehende Platzwunde am Kinn. Längsbruch im Bereich des Unterkieferastes links, Platzwunde hinter dem linken Ohr, Prellung der rechten Schulter, Quetschungen an der rechten Hand und am rechten Bein.
Befundbericht Zahnarzt v. 18.7.58:	Commotio, Platzwunde am Kinn und Ohr, rechtsseitiger Unterarmbruch, Quetschung linkes Bein, Bruch des Unterkieferastes links, Absprengungen an der Krone von $\overline{7}$ mit Lockerung des Zahns.
Heil- und Kostenplan v. 23.8.58:	Kronenbrüche bei $\frac{2}{4}$ / 7

Fehlen einer Gebißuntersuchung im D-Arzt-Bericht.

Unklare Angaben des Zahnarztes.

Anlage D 13a fehlt.

NICHTERWÄHNUNG VON ZAHNSCHÄDIGUNGEN BEI KIEFERBRÜCHEN

In 3,7 % der beanstandeten Fälle wurden Zahnschädigungen bei Kieferbrüchen nicht erwähnt. Dies ist insofern unverständlich, als bei einem Kieferbruch das Gebiß in jedem Fall unmittelbar in Mitleidenschaft gezogen ist und eine Untersuchung desselben zwangsläufig durchgeführt werden muß. Auch über die Art und die genaue Lokalisation der Brüche werden oft in den Durchgangsarztberichten keine präzisen Angaben gemacht. Diese stammen zwar in der Hauptsache von Chirurgen, werden aber zum Teil auch von Fachärzten für Kiefer- und Gesichtschirurgie erstellt. Es ist auffällig, daß selbst bei Letzteren Angaben über den genauen Gebißbefund fehlen. Für diese Fälle Entschuldigungsgründe anzuführen, ist fast unmöglich.

Im Folgenden seien drei Fälle zur Veranschaulichung dargestellt:

R. T.	6.10.56
23.5.23	Beim Überqueren einer Landstraße von einem LKW angefahren und zu Boden geworfen.
Durchgangsärztliche Unfallanzeige Krankenhaus M. vom 10.10.56	Commotio cerebri, Schädelbruch, eine fragliche Kieferfraktur links, Platzwunde und Bluterguß über der linken Augenbraue (anfängliche tiefe Bewußtlosigkeit und noch fortdauernde große Unruhe zur Zeit der Berichterstattung!)
Gutachten des Kranken- hauses vom 7.9.57:	Schwere Gehirnerschütterung und Gehirnuquetschung, Verdacht auf Schädelbruch.
F.	
Heil- und Kostenplan Zahnarzt vom <u>3.7.58:</u>	Verlust von $\frac{65}{4}$ 456
N.	Zum Ausgleich wurden Brücken vorgeschlagen.

Völliges Fehlen einer Gebißuntersuchung in den Krankenblättern.

Z. R.	6.6.58 13 Uhr
Landwirt	Beim Getreidebrechen zersprang ein Mühlrad und es schlug ein abspringendes Stück davon gegen seinen Mund.
Gelbe Unfallanzeige:	Verletzung des Kiefers, sofortige Arbeitseinstellung.
Kurze Krankheitsauskunft praktischer Arzt vom 16.9.58:	Verletzung am Mund und Kiefer. Sofortige Überweisung
R.	
Befundbericht vom 25.3.:	<u>In dem spärlichen Restgebiß sind einige Zähne abgeschlagen worden.</u> Ein Kieferbruch hat weder klinisch noch röntgenologisch vorgelegen. Platzwunden am Kinn und an der Lippe.
Facharzt für Kieferchirurgie M.	
Befundbericht Zahnarzt v. ? :	Unfallschädigung von <u>/12456</u> 356

Mangelhafte Untersuchung und Aufzeichnung des Facharztes.

A. R.	19.7.57 19 Uhr
7.5.41	Zusammenstoß Fahrrad mit einem Motorradfahrer auf einem Besorgungsweg.
Landwirtschafts-Mithelfer	Kieferbrüche, Hautabschürfungen und Blutergüsse.
Gelbe Unfallanzeige vom 22.7.57:	
Durchgangsarztbericht Krankenhaus M. vom 20.7.57:	Bruch des linken Oberkiefer- und Unterkieferastes?? Wo? mit Verlust <u>von sechs Schneide- und Eckzähnen,</u> Blutergüsse im Gesicht. Mittelhandknochenbrüche der linken Hand.
Heil- und Kostenplan Zahnarzt vom 2.12.57:	Abschlagung von <u>21/12</u>
M.	12/1

Sehr unklare Angaben im Durchgangsarztbericht.

IM BEFUND AUFGEZEICHNETE ZAHNSCHÄDIGUNGEN WURDEN IN DER DIAGNOSE NICHT ERWÄHNT

In 1,8 % der beanstandeten Fälle wurden Zahnschädigungen zwar im Befund aufgezeichnet, in der anschließenden Diagnose aber nicht mehr erwähnt. Es ist sachlich richtig, wenn der D-Arzt die unfallbedingten Zahnschaden in seinem Befund aufführt, er müßte sie aber dann auch in der anschließenden Diagnose erwähnen. Formal ist dies also insofern zu beanstanden, als man sich bei späterer Einsichtnahme der Unterlagen durch andere Gutachter oder bei der Unfallsachbearbeitung in derartigen Fällen nicht auf die zusammenfassende Diagnose verlassen kann. Zu fordern ist also, daß der D-Arzt grundsätzlich den Gesamtverletzungsbefund einschließlich der Zahnschäden, in seiner Diagnose aufführt.

Der folgende Fall soll dies veranschaulichen.

F. C.	24. 11. 59 / Uhr
20. 2. 1894	Sturz über 4 m von einem Barackendach
Gelbe Unfallanzeigen	
vom 16. 12. 59:	Verstauchung der Wirbelsäule beide Becken.
Durchgangsarztbericht:	Hergang des Unfalls. <u>2/</u> locker <u>3/</u> ausgeschlagen.

In der Diagnose wird der Zahnverlust nicht mehr erwähnt.

Zusammenfassung

Abschließend ist zu diesem in den Durchgangsarztberichten aufgezeigten Lücken hinsichtlich unfallbedingter Gebißschädigungen folgendes zu sagen. Es ist müßig, sich damit zu beschäftigen, einen Alleinschuldigen zu finden. Die Fehler liegen auf verschiedenen Seiten und in verschiedenen Richtungen, sowohl bei den D-Ärzten, als auch beim Unfallversicherungsträger. Der D-Arzt ist bei der Vielzahl der Fälle oft überfordert. Man muß bedenken, daß er neben der Durchführung der ersten Behandlungsmaßnahmen auch noch eine Untersuchung vornehmen soll, die den versicherungstechnischen Gesichtspunkten genau gerecht wird. Dies umso mehr, als auf dem Formular D13 (Durchgangsarztbericht), das der D-Arzt zur Berichterstattung an den Unfallversicherungsträger benutzen muß, ein Hinweis auf das Gebiß fehlt. Es ist deshalb nötig, daß der Unfallversicherungsträger in seinem eigenen Interesse den D-Ärzten Formulare zur Verfügung stellt,

die "alle" für ihn wichtigen Fragen, das heißt, auch eine Frage nach eventuellen Gebißschädigungen enthalten. Jedenfalls müssen Mittel und Wege gefunden werden, um die aufgezeigten Lücken zu vermeiden, beziehungsweise ganz auszuschalten. Über die Art und Weise, wie dies geschehen kann, werden in dem dazu bestimmten Kapitel noch genaue, detaillierte Vorschläge gemacht.

ZUR BETEILIGUNG DER PRAKTISCHEN ÄRZTE

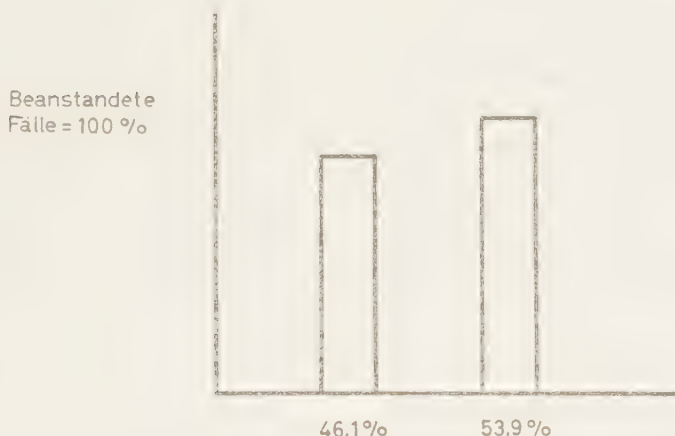
Bei allen Unfällen, die nicht so schwer sind, daß der Verunglückte unmittelbar vom Unfallort in das nächstgelegene Krankenhaus gebracht werden muß, oder selbst eine Klinik aufsucht, wird als Erster der praktische Arzt in Anspruch genommen. Der Unfallversicherungsträger hat nur die D-Ärzte dazu autorisiert, bindende Angaben über eine Unfallverletzung zu machen. Es müßte demnach jeder Verletzte, der einen Unfall im Sinne der Versicherungsbedingungen erlitten hat, einen D-Arzt aufsuchen. Da die D-Arzt-Stellen aber zunächst noch begrenzt sind, die Krankenhäuser in der heutigen Zeit sowieso überlastet sind, und oft auch der Weg zum nächsten Krankenhaus für Unfallpatienten mit leichteren Verletzungen zu weit ist, wird der praktische Arzt aufgesucht. Diesem ist gewöhnlich nicht zuzumuten, bei einer Verletzung weit außerhalb des Gesichtsbereiches, etwa am Fuß, auch das Gebiß zu untersuchen; insbesondere, wenn man bedenkt, wie überlastet heute der praktische Arzt in Stadt und Land ist. Überdies haben die praktischen Ärzte heute genügend Erfahrung, um in der Lage zu sein, einen Patienten mit kleineren Folgen von Arbeitsunfällen ebenso zu versorgen, wie die D-Ärzte. So bräuchte in vielen Fällen der D-Arzt tatsächlich nicht in Anspruch genommen werden, ohne daß damit dem Patienten ein Schaden zugefügt würde. Oft ist es auch für den praktischen Arzt, der vom Verletzten im Vertrauen auf Hilfe aufgesucht wird, in gewisser Weise diffamierend, wenn er diesem mitteilen soll, er müsse die Behandlung ablehnen und ihn an einen D-Arzt überweisen. Das liegt meiner Ansicht nach nicht im Sinne des Patienten, geschweige denn im Sinne des konsultierten praktischen Arztes.

Die vorliegenden Untersuchungen haben ergeben, daß 60 %, also über die Hälfte aller Unfallpatienten, als Ersten den praktischen Arzt aufsuchen. Bei diesen Patienten steht natürlich die Erstversorgung der Verletzung im Vordergrund und nicht eine genaue Befunderhebung im Sinne des Unfallversicherungsträgers. Trotzdem ist auch der praktische Arzt verpflichtet, einwandfreie Aufzeichnungen über den Unfallhergang, die dabei aufgetretenen Verletzungen und den Allgemeinzustand des Patienten zu machen, wobei er auch das Gebiß nicht außer acht lassen darf. Daß die Untersuchung des Gebisses gerade beim praktischen Arzt immer zu kurz kommt, zeigen folgende Zahlen:

- I.) In 46,1 % der untersuchten Fälle wurde das Gebiss bei Gesichtsverletzungen nicht erwähnt.
- II.) In 53,9 % der Fälle fand keine genaue Mitbestimmung der Verletzung des natürlichen und prothetisch versorgten Gebiß statt.

Folgende Tabelle soll diese Verhältnisse veranschaulichen:

TABELLE VI



In diesem Zusammenhang sind die Ausführungen von H. Nicolaus in der Sammlung "Akute Fälle der täglichen Praxis" von W. Kahlert sehr interessant und sollen hier kurz zitiert werden:

Unfälle

Es soll nun auf rein chirurgische Probleme eingegangen werden. Häufig wird man es mit frischen Unfällen, meist allerdings leichter Art, zu tun haben. Hierbei wäre es wünschenswert, in Erfahrung zu bringen, ob diese Unfälle auf dem Heimwege von der Arbeitsstelle geschehen sind. Als Wegunfälle sind sie bis zum Betreten der Wohnung den Betriebsunfällen gleichzusetzen, wenn sie auf dem direkten Wege nach Hause eingetreten sind. Kleine Umwege spielen dabei keine maßgebende Rolle. Die Berufsgenossenschaften sind im allgemeinen mit der Anerkennung des Wegunfalles großzügig. Etwas anderes ist es natürlich, wenn zwischendurch zum Beispiel eine Gastwirtschaft aufgesucht worden ist.

Berufsgenossenschaften

In diesem Zusammenhang muß auf das von der Ärzteschaft abgeschlossene Abkommen mit den Berufsgenossenschaften eingegangen werden. Das Abkommen kann sicher nicht als ideal angesehen werden, aber man sollte von uns aus doch das Beste daraus machen. Die Mitarbeit der Praktischen Ärzte wird sehr gewünscht, und die Ausfüllung der Karte zum Durchgangsarzt wird mit DM 3.60 vergütet. Trotz aller Veröffentlichungen wird dies noch nicht so ausgeführt, wie es im allgemeinen wünschenswert wäre. Es ist bedauerlich, daß viele Verletzte erst auf dem Umweg über die Kasse zur Untersuchung kommen. Die Kassen haben natürlich ein großes Interesse, die Betriebsunfälle - also auch die Wegunfälle - zu erfassen, weil sie dadurch einen großen Teil ihrer Unkosten auf die Berufsgenossenschaften abwälzen können. Auch für die Ärzteschaft besteht die Möglichkeit, indem zum Beispiel die Röntgenaufnahmen bei tatsächlichen oder fraglichen Wegunfällen von den Berufsgenossenschaften über die Durchgangsarztuntersuchung übernommen werden können. Die Berufsgenossenschaft bezahlt dabei allerdings dem Durchgangsarzt nur den Film, nicht die Röntgentätigkeit. Dabei legen die Berufsgenossenschaften großen Wert auf die primäre Röntgendokumentation, weil später häufig schon vorher vorhandene Gelenkleiden als Unfallfolge hingestellt werden. Die erste Röntgenaufnahme kann entscheidend sein, wenn arthritische oder arthrotische Veränderungen bereits deutlich zu erkennen sind.

Einen großen Nachteil hat das augenblicklich bestehende Abkommen, weil die erste Versorgung frischer Unfälle nicht bezahlt wird. Es ist uns in den ganzen Verhandlungen mit dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaft nicht geglückt, hier eine Änderung zu erzielen. Die Berufsgenossenschaften verharren auf dem Standpunkt, diese zusätzliche Leistung würde durch die große Zahl der anderen Durchgangsarztberichte ausgeglichen werden. Das ist aber natürlich nur der Fall, wenn, wie zum Beispiel bei der jetzt in der Verwaltung der Berufsgenossenschaften stehenden Unfallabteilung der Unfallklinik eines unserer großen Krankenhäuser jährlich über 30 000 Durchgangsarzt-Fälle bearbeitet werden. Dagegen ist die Gesamtzahl der Durchgangsarzt-Fälle aller sonst in einer Großstadt tätigen Durchgangsärzte gering.

Hier ist also kein Ausgleich vorhanden. Wenn der Praktische Arzt eine Erstversorgung nicht selber durchführen möchte oder kann, wäre es wünschenswert, dem Durchgangsarzt, der gleichzeitig Kassenarzt ist, mit der Durchgangsarztkarte auch eine Kassenüberweisung für die Versorgung zukommen zu lassen. Dieser gezielte Auftrag bringt den Verletzten zwangsläufig in die Behandlung des Praktischen Arztes zurück.

Eine Ausnahme vom Abkommen scheint nicht allgemein bekannt zu sein. Unsere eigene Berufsgenossenschaft für Wohlfahrtsdienst und Gesundheitspflege ist dem Abkommen nicht beigetreten. Unsere eigenen Hilfskräfte und die Angestellten der Krankenhäuser, der Pflegeheime und des Roten Kreuzes, die Angestellten der Masseure und Friseure dürfen nicht zur Durchgangsarztuntersuchung geschickt werden, bzw. hier wird diese Untersuchung nicht bezahlt. Eine Unfallversorgung ist also nur kassenärztlich möglich.

Auf eine Bestimmung des berufsgenossenschaftlichen Abkommens möchte ich noch aufmerksam machen. Wird bei einem Betriebsverletzten ein berufsgenossenschaftliches Heilverfahren eingeleitet, dann kann die Erstversorgung, zum Beispiel Knochenbruchschienung, direkt mit der Berufsgenossenschaft zu 1 1/2 Preugosätzen abgerechnet werden. Das bedeutet eine bessere Vergütung und eine Entlastung der Kassenärztlichen Vereinigung. Der erstbehandelnde Arzt erfährt das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren durch den Durchgangsarztbericht. Daß dieser schnell in die Hände des Praktischen Arztes kommt, liegt im allseitigen Interesse. Manchmal ist es auch deswegen notwendig, weil einige Krankenkassen die Krankengeldzahlung von der Bestätigung im Durchgangsarztbericht abhängig machen.

Wie man sieht, wird auch in diesen Ausführungen das Gebiß überhaupt nicht erwähnt, obwohl gerade bei leichteren Unfallverletzungen von den Betroffenen später häufig Gebißschädigungen angegeben werden und dann Ersatzansprüche gegen den Unfallversicherungsträger geltend gemacht werden. In diesen Fällen die unfallbedingten Gebißschädigungen von den nicht unfallbedingten zu trennen, ist für den Versicherungsträger äußerst schwierig, beziehungsweise völlig unmöglich. Vorschläge, um diesem Dilemma auch bei den praktischen Ärzten aus dem Wege zu gehen, werden am Schluß dieses Kapitels noch gemacht.

NICHTERWÄHNUNG DES GEBISSES BEI GESICHTSVERLETZUNGEN

In 46,1 % der untersuchten Fälle wurde von den praktischen Ärzten das Gebiß bei Gesichtsverletzungen nicht erwähnt. Es ist an und für sich unverständlich, daß gerade bei Gesichtsverletzungen das Gebiß nicht untersucht wird, obwohl es sich bei dieser Art von Verletzungen meist um Stoß- oder Schlagverletzungen handelt und gerade dabei typische Verletzungen des Gebisses auftreten. Es ist demnach auch vom praktischen Arzt zu verlangen, das Gebiß des Unfallpatienten zu untersuchen und darüber Aufzeichnungen zu machen. Sollte er aber dazu keine Möglichkeit haben, so müßte er den Verletzten auf jeden Fall unmittelbar nach der Entlassung aus seiner Ordination an einen Zahnarzt überweisen, der die nötigen Aufzeichnungen und Behandlungsmaßnahmen des Gebisses vornimmt.

Folgender Fall soll dies kurz veranschaulichen:

H. P.	10. 3. 48 8 Uhr 30
28. 3. 97	Abrutschen des Hammers vom Meißel eines Kollegen;
Bauhilfsarbeiter	Schlag gegen Oberkiefer und Nase
Gelbe Unfallanzeige	
am <u>25. 3. 48</u>	
Verspätung:	Der Unfall wurde der Bauunternehmung erst zu diesem Zeitpunkt zur Kenntnis gebracht.
<u>Befundbericht des praktischen Arztes</u>	
vom 30. 1. 51:	Schwellung und Druckschmerz des rechten Oberkiefers,
(am Unfalltag in An-	Zähne, wenn betroffen, <u>nicht mehr erinnerlich.</u>
spruch genommen)	
<u>Vernehmung des Patienten am 17. 7. 51:</u>	
	Schwellung des Oberkiefers, Anschlagung einer Oberkieferbrücke 9 Glieder
<u>Zahnärztlicher Befundbericht: 26. 1. 51</u> Losschlagung der Brückenpfeiler	
	28. 5. 51 Traumatischer Zahnabszeß an <u>1/</u> operative Eröffnung.
Zeuge:	<u>Blutung aus der Nase</u>

Offensichtliche Unterlassung des erstbehandelnden praktischen Arztes der Untersuchung des Gebisses, oder der sofortigen Überweisung an einen Zahnarzt.

UNGENAUE AUFEICHNUNGEN ÜBER GEBISSVERLETZUNGEN DURCH DIE PRAKTISCHEN ÄRZTE

In 53,9 % der untersuchten Fälle wurden Gebißverletzungen zwar erwähnt, aber die Aufzeichnungen darüber sind derart ungenau, daß es bei der Befriedigung der an den Unfallversicherungsträger gestellten Ersatzansprüche immer wieder zu erheblichen Schwierigkeiten kommt. Die Ursachen für diese ungenauen Angaben haben verschiedene Gründe. Einmal steht beim praktischen Arzt, wie schon erwähnt, die Erstversorgung des Verletzten im Vordergrund, zum anderen ist auch dem praktischen Arzt, genauso wie vielen D-Ärzten, die zahnärztliche Nomenklatur meistens nur sehr unvollständig bekannt und er hat einige Schwierigkeiten bei der genauen Aufzeichnung des Mundbefundes, zumal ihm vom Unfallversicherungsträger keinerlei Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden, die ihm die genaue Befundangabe erleichtern würde.

Folgender Fall soll dies kurz veranschaulichen:

M. N.	28.3.59 18 Uhr
Bauersfrau	Von einem Kalb am Unterkiefer gestoßen worden.
Gelbe Unfallanzeige	
vom 30.3.59:	Kein Bluterguß, Zahnverlust links oben <u>/4</u> rechts oben <u>1/</u>
Ärztliche Unfallmeldung vom 31.3.59:	Druckempfindlichkeit, Schwellung und Verfärbung des Unterkiefers
Erste Inanspruchnahme	
28.3.59 18 Uhr	
B.	Zahnverlust des <u>/4</u> , Stifzahn gelockert.
Heil- und Kostenplan	
Zahnarzt vom 1.8.60	L. Ausschlagung der Facette <u>1/</u> , Abbruch <u>/4</u>
Der Zustand des als verletzt gemeldeten <u>/4</u> vor dem Unfall wird nach der Bezeichnung in den Abkürzungen für Befund und Behandlungsplan als <u>fehlend</u> angegeben.	
Im Schema der durch den Unfall verursachten Schäden heißt es dagegen <u>/4</u> abgeschlagen.	

Unklare Angaben des Arztes und Zahnarztes. Verlust von /4 wird nicht anerkannt, da keinerlei Angaben über seine Behandlung (Extraktion) gemacht werden. Es besteht der Verdacht, daß der Zahn schon vor dem Unfall gefehlt hat.

VORSCHLÄGE ZUR ERLEICHTERUNG DER BEFUNDAUFNAHME DES GEBISSES DURCH DEN PRAKTISCHEN ARZT

Da, wie die vorliegenden Untersuchungen ergeben haben, über die Hälfte aller Unfallpatienten als Ersten den praktischen Arzt aufsuchen, ist es für den Unfallversicherungsträger von äußerster Wichtigkeit, Mittel und Wege zu finden, um auch vom praktischen Arzt genaue und bindende Angaben über den Befund des Verletzten einschließlich des Gebisses nach dem Unfall zu erhalten. Daß der praktische Arzt keine Untersuchung des Gebisses vornimmt, wenn der Unfallpatient mit Verletzungen zu ihm kommt, die nicht im Kopfbereich liegen, kann man an und für sich verstehen; da er sich bei der Behandlung einer solchen Verletzung bestimmt keine Gedanken über das Gebiß macht, obwohl er, versicherungstechnisch gesehen, auch das Gebiß untersuchen müßte, wenn keine äußeren Anzeichen auf eine Beschädigung der Zähne schließen läßt, da er ja immer den ganzen Menschen im Auge behalten muß.

Wie wichtig diese Untersuchung für den Unfallversicherungsträger ist, beweist gerade diese Arbeit, aus der hervorgeht, daß Unfallpatienten einige Zeit nach dem Arbeitsunfall immer wieder an den Unfallversicherungsträger herantreten und Ersatz für unfallbedingte Zahnschäden fordern. Der Unfallversicherungsträger kann sich aber in diesen Fällen nur auf Gutachten stützen, die nicht in zeitlichem Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall stehen, da er vom praktischen Arzt keine genauen Aufzeichnungen über das Gebiß erhalten kann und meistens mit Mutmaßungen aus der Erinnerung abgespeist wird.

Der praktische Arzt ist aber nicht berechtigt, das Formular D13 (Durchgangsarztbericht) auszufüllen, beziehungsweise für seine Aufzeichnungen zu verwenden. Da aber auf diesem Formular alle wichtigen Fragen, außer der Frage nach dem Zustand des Gebisses, enthalten sind, wird vorgeschlagen, den praktischen Ärzten ein ähnliches Formular zugänglich zu machen, das mit einer Zusatzfrage über den Zustand des Gebisses vor und nach dem Unfall ergänzt ist. Die Möglichkeiten hierzu sind verschieden und brauchen hier nicht näher aufgezeigt werden. Man könnte zum Beispiel daran denken, in den standesärztlichen Mitteilungen entsprechende Muster zu veröffentlichen oder in einer einmaligen Aktion an alle praktischen Ärzte einige Formulare mit einem entsprechenden Begleitschreiben zu versenden. Daß damit beiden Teilen ein großer Dienst erwiesen würde, bedarf keiner besonderen Erwähnung. Vor allem der Unfallversicherungsträger könnte sich dadurch eine wesentliche Arbeitserleichterung beim Entschädigungsfeststellungsverfahren schaffen, da die vielen Rückfragen und nachträglichen Gutachten entfielen.

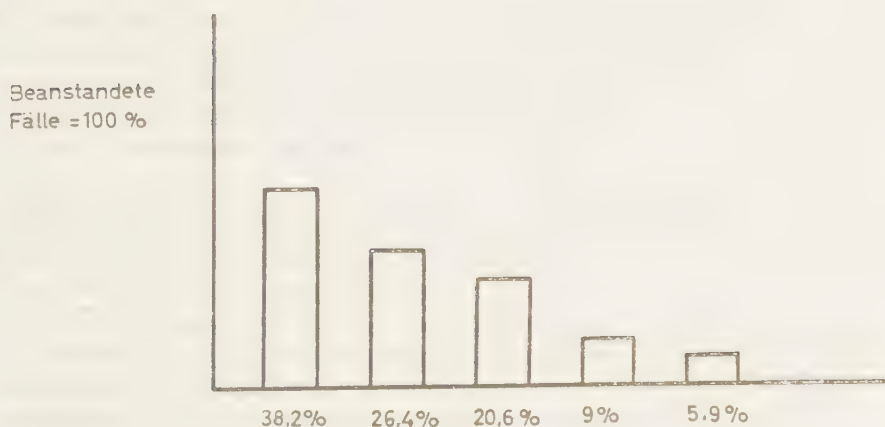
ZUR BETEILIGUNG DER ZAHNÄRZTE

Obwohl die Anzahl der Unfallverletzten, welche als Ersten einen Zahnarzt aufsuchten, mit 20 % relativ gering ist, zeigen die beträchtlichen Lücken, die sich in den Erhebungen der Unfallbefunde bei ihnen ergeben, doch, daß die Ursachen für mangelhafte oder ungenaue Angaben in den Befundberichten über Gebissverletzungen sehr vielfältig sind. Trotz des stark aufgegliederten Formblattes A 20, das ausschließlich an Zahnärzte auf Anforderung ausgegeben wird, konnte festgestellt werden, daß:

- 1.) In 38,2 % der beanstandeten Fälle nicht unfallbedingte Zahnschaden in den Behandlungsplan aufgenommen wurden.
- 2.) In 26,4 % sich widersprechende Angaben gemacht wurden
- 3.) In 20,6 % der Fälle Gebissverletzungen als Unfallfolgen bezeichnet wurden, deren ursächlicher Zusammenhang mit dem Unfall unwahrscheinlich ist.
- 4.) In 9 % der beanstandeten Fälle bei Zahneinsatzeingliederung die diagnostischen Hilfsmittel nicht voll ausgeschöpft wurden (Röntgen-Aufnahmen).
- 5.) In 5,9 % der Fälle der angegebene Befund nicht das Ergebnis einer ausreichenden Untersuchung der Kiefer und des Gebisses war.

Tabelle VII soll diese Verhältnisse veranschaulichen:

TABELLE VII



Natürlich liegt die Prozentzahl der beanstandeten Fälle bei den Zahnärzten wesentlich niedriger, als bei den D-Ärzten. Das liegt einerseits daran, daß ein verhältnismäßig niedriger Anteil der Unfallpatienten als Ersten den Zahnarzt aufsuchten, andererseits daran, daß die überwiegende Mehrzahl der Zahnärzte die Behandlungspläne einwandfrei erstellte.

Eine häufige Fehlerquelle für den Zahnarzt kann eine subjektive Überbewertung der vom Unfallgeschädigten gemachten Angaben sein, die mit dem objektiven Untersuchungsergebnis mindestens zunächst oder überhaupt nicht in Einklang gebracht werden kann.

Ich denke zum Beispiel daran, daß die Angabe gemacht wird, ein Schlag habe die Kanten der mittleren Schneidezähne getroffen, wobei es mit keinem Untersuchungsmittel gelingt, weder an der Hartschubstanz noch an den Weichteilen Verletzungen festzustellen. Was soll der Zahnarzt hier tun? Er muß einerseits dem Verletzten Glauben schenken, andererseits sich auf seine Untersuchungsmethoden stützen und verlassen können. Trotzdem muß er die Angaben des Patienten als gegeben zur Kenntnis nehmen und sie als Unfallschaden melden. Es ist aber angebracht, darauf hinzuweisen, daß die Angaben des Patienten sich nicht mit dem objektiven klinischen und röntgenologischen Untersuchungsbefund deckten.

NICHT UNFALLBEDINGTE ZAHNSCHÄDEN WURDEN IN DEN BEHANDLUNGSPLAN MITAUFGENOMMEN

In fast 40 % der beanstandeten Fälle wurden irrtümlicherweise nicht unfallbedingte Zahnschäden in den Heil- und Kostenplan mitaufgenommen. Bei dieser hohen Prozentzahl könnte leicht der Eindruck entstehen, daß der Unfallversicherungsträger, vor allem was Zahnersatz anbelangt, zu weitergehenden Leistungen veranlaßt werden soll, als zu den gesetzlich vorgeschriebenen. Aus der Sicht des Praktikers stellen sich in diesem Zusammenhang aber ganz andere Probleme.

In einem Teil der Fälle ist sich offensichtlich der Zahnarzt nicht im klaren, daß lediglich der Unfallschaden im Rahmen des Möglichen ausgeglichen werden muß. In anderen Fällen mag es so sein, daß der Zahnarzt zwar die gesetzlichen Unterlagen kennt, aber die Mühe scheut, eine entsprechende Aufgliederung der einzelnen Arbeiten durchzuführen. Manchmal wird der Zahnarzt auch in allzu großem menschlichen Entgegenkommen dem Verletzten, den er von früher her kennt, behilflich sein wollen, unter günstigen Verhältnissen zu einer notwendigen Sanierung seines Gebisses zu kommen. Daß bewußte Täuschungsmanöver dabei vorkommen, dürfte sehr selten sein, da es ja nicht um das Wohl des Zahnarztes, sondern um das Wohl des Patienten geht.

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen spielen in diesem Zusammenhang eine nicht unerhebliche Rolle.

Der Unfallversicherungsträger - wie schon mehrfach erwähnt -, ebenfalls eine gesetzliche Institution, ist verpflichtet, die optimale Kaufunktion des Gebisses wiederherzustellen, wobei von vornherein angenommen wird, daß diese vor dem Arbeitsunfall bestanden hat. Was ist aber mit den Verletzten, bei denen schon vor dem Arbeitsunfall zwei oder drei Kaueinheiten fehlten und durch den Unfall eine oder mehrere weitere Kaueinheiten ausgefallen sind? Der Unfallversicherungsträger muß natürlich mit Recht die Frage stellen, weshalb diese schon fehlenden Kaueinheiten nicht bereits vor dem Unfall ersetzt wurden. Die Gründe hierfür genau aufzuzeigen, würde im Rahmen dieser Arbeit zu weit führen. Es sei nur so viel gesagt, daß sie in den meisten Fällen in der geringen Bezuschussung ausreichender, klinisch und kosmetisch vertretbarer prothetischer Leistungen durch die Krankenkassen zu suchen sind. Auf jeden Fall muß hier festgestellt werden, daß zum Beispiel das Fehlen von vier Kaueinheiten eine absolute Indikation zum Ersatz aller vier Kaueinheiten darstellt, um eine optimale Kaufunktion zu erreichen, gleichgültig wie es zum Verlust dieser vier Einheiten kam. Der Unfallversicherungsträger ist laut Gesetz verpflichtet, nur die durch den Unfall zu Verlust gegangene Kaueinheit wieder herzustellen.

Wer kommt aber für die übrigen drei Einheiten auf? Nachdem die Krankenkassen nur einen Teil der Behandlungskosten für Zahnersatz übernehmen, müßte der Patient selbst für den Rest aufkommen. Es würden dem Unfallverletzten also dennoch Kosten durch seinen Arbeitsunfall entstehen, was aber wiederum im Gegensatz zu der gesetzlichen Verpflichtung des Unfallversicherungsträgers steht. Der Zahnarzt muß aber bei der prothetischen Versorgung eines Unfallpatienten immer das ganze Gebiß im Auge behalten und darf sich nicht auf den Ersatz eines einzelnen, durch den Unfall beschädigten oder verlorengegangenen Zahnes beschränken. Dieses Problem soll ebenfalls nur angedeutet sein, da eine erschöpfende, fachliche Begründung zu weit führen würde. Man kann jedenfalls daraus ersehen, daß es sich in vielen Fällen um Mißverständnisse zwischen dem Zahnarzt einerseits und dem Unfallversicherungsträger andererseits handelt, wobei natürlich die sachlich stichhaltigen Beanstandungen nicht beschönigt werden sollen.

Das Wohl des Verletzten geht auf jeden Fall über alle anderen Überlegungen. Freilich im Einzelfall hier den richtigen Weg zu gehen, der allen gerecht wird, ist sehr schwierig. Es bleibt oft nichts anderes übrig, als daß sich einer der Beteiligten und oft ist das der Unfallversicherungsträger mit seinen Beratungsärzten, die dann die beste Lösung vorschlagen, zur Übernahme der Kosten entschließt. Daß dies natürlich wegen der bestehenden Gesetze nur als Hartausgleich und ohne Anerkennung einer Rechtspflicht geschieht, versteht sich von selbst. Es sei

noch bemerkt, daß ähnliche Schwierigkeiten und Auseinandersetzungen bei Verletzungen an anderen Körperstellen eine verschwindend geringe Rolle spielen. Kommt hinzu, daß der Verletzte nicht rechtlos ist, sondern ihm ein Einspruch über das Sozialgericht zusteht, Möglichkeiten, die merkwürdigerweise nicht bekannt sind.

Folgender Fall soll diese Ausführungen veranschaulichen:

J. G.	4.3.53 16.00 Uhr
20.9.06	Beim Abbruch eines Dachstuhls durch ein morsches
Landwirt	Brett gebrochen und mit dem Kopf gegen einen
	Balken geschlagen
Gelbe Unfallanzeige	
vom 25.4.53:	Verletzung der Zähne und der Zunge. (Zahnverlust und Spaltung der Zunge.)
Zahnbefundbericht	Verlust von 8 natürlichen Zähnen:
v. 19.3.53:	<u>5 4 3 2 1 / 1̄ 2 3</u>
Befundbericht v. 15.9.53:	Unfallgeschädigt: <u>5 4 3 2 1 / 1 2 3</u>
	Rö-Bilder zeigen
	1.) Abbruch von <u>1/12</u>
	2.) Abbruch von <u>12/</u>
	3.) Granulom <u>1/</u>
	4.) Leeres Zahnfach <u>2/</u>
	5.) Absprengung eines Teils <u>3/</u> und Karies -cervical.
	6.) Wurzelrest mit Granulom <u>4/</u>
	7.) Kronenfäule <u>5/</u>
Vor dem Unfall fehlten:	<u>6 / 4 5 6 7</u> 6 5 / 6
Anerkannt:	<u>3 2 1 / 1 2</u>

SICH WIDERSPRECHENDE ANGABEN IN DEN BEFUNDBERICHTEN UND BEHANDLUNGSPLÄNEN

In 26,4 % der beanstandeten Fälle wurden sich widersprechende Angaben gemacht. Dabei dürfte es sich doch wohl nur um Ungenauigkeit handeln, um kein stärkeres Wort zu gebrauchen. Es kann zwar wie überall, einmal ein Versehen vorkommen, aber eine Quote von 26,4 % ist für diesen Entschuldigungsgrund entschieden zu hoch, zumal gerade diese Fälle, wie schon ausgeführt, zu erheblichen verwaltungstechnischen und finanziellen Mehrbelastungen aller Beteiligten führen. Der Leidtragende ist letztlich immer der Unfallverletzte selbst, da die ohnehin schon lange Wartezeit auf die Genehmigung durch den Unfallversicherungsträger unnötig hinausgezögert wird.

Folgender Fall soll dies veranschaulichen:

F. B.	9.4.53 8.00 Uhr
17.11.1909	Von einer sich schüttelnden Kuh am Kopf getroffen.
Ehefrau	
Gelbe Unfallanzeige	Verletzung an der Unterlippe und Verlust von 3 Zäh-
v. 11.4.53:	nen.
Ärztlicher Befundbe-	Rißwunde quer durch die Unterlippe, eine kleinere
richt v. 9.4.53:	Wunde am Kinn, Lockerung eines Zahnes und Abbruch
	eines Zahnes.
Zahnbefundbericht:	Verlust von <u>6 4 3 2/</u>
	Vor dem Unfall fehlten <u>5 / 4 5 6</u>
	6 5 / 6

GEBISSCHÄDEN, DEREN ZUSAMMENHANG MIT DEM UNFALL UNWAHRSCHEINLICH IST

In 20,6 % der beanstandeten Fälle wurden Gebißschäden als Unfallfolgen bezeichnet, deren Zusammenhang mit dem Unfall unwahrscheinlich ist. Dazu ist im wesentlichen das Gleiche zu sagen, wie in Kapitel eins, nur tritt es hier noch krasser zu Tage. Es wird versucht, wie aus den folgenden Fällen ohne weiteres ersichtlich ist, den Unfallversicherungsträger zu weitergehenden, als den gesetzlichen Leistungen, zu veranlassen. Man bezeichnet Zähne als unfallgeschädigt, die mit Sicherheit nicht durch den Unfall betroffen sein können, was einerseits aus einer Analyse des Unfallgeschehens hervorgeht, andererseits durch die Erfahrung, die man mit gleichgelagerten Fällen gesammelt hat, erhärtet werden kann. Welches die Gründe für diese Mängel im einzelnen sind, ist oft schwer zu sagen. Jedenfalls muß man feststellen, daß hier die Kenntnis über den Unfallhergang mit dem vom Zahnarzt festgestellten Verletzungsbefund nicht in Einklang gebracht werden kann.

Folgender Fall soll dies veranschaulichen:

J. W.	7.5.58 9.00 Uhr
18.9.99	Von einer Kuh am Kinn gestoßen.
Landwirt	
Gelbe Unfallanzeige	Aufschlagung des Kinns, Lockerung von 3 Zähnen.
v. 5.58:	
Ärztliche Bescheinigung	Lockerung der unteren vorderen Schneidezähne.
v. 23.6.58:	
Kurze Krankheitsauskunft	Platzwunde an der Unterlippe, Schleimhausriß an
des gleichen prakt. Arztes	der Umschlagfalte der UK-Schleimhaut, Lockerung
v. 31.7.58:	der 4 unteren Schneidezähne.
	Keine Rö-Aufnahme, da kein Fraktur-Verdacht.
Heil- und Kostenplan	Zertrümmerung der oberen Totalprothese,
Zahnarzt v. ? :	Verlust von $\frac{21}{5}$
	Im UK fehlten vor dem Unfall $\frac{765}{567}$
Auf nochmalige Anfrage	
beim Arzt am 10.1.59:	Den unfallbedingten "Riß" der OK-Prothese habe er nicht festgestellt, er sei aber gegeben!

TECHNISCHE MÄNGEL BEI DER UNTERSUCHUNG UND ERSTVERSORGUNG

In 9% der beanstandeten Fälle wurden die diagnostischen Hilfsmittel bei Zahn-ersatzzeingliederung nicht voll ausgeschöpft. Das heißt mit anderen Worten, es wurden keine Röntgenaufnahmen der Unfallgeschädigten Zähne beziehungsweise der zum Ersatz herangezogenen Pfeiler angefertigt. In der heutigen Praxis ist eine Röntgenaufnahme bei derart gelagerten Fällen eine unbedingte Voraussetzung für eine sachgemäße Behandlung. Die Gründe für die Unterlassung der Röntgenuntersuchung lassen sich nachträglich nicht feststellen. Man könnte daran denken, daß in einem Teil der Fälle entsprechende Apparate noch nicht vorhanden waren. Inwieweit hier allenfalls ursprüngliche Dentistenpraxen in Frage kommen, bleibt offen. Daß damit dem Ansehen des Behandelnden und dem Verletzten Schaden zugefügt wird, muß nicht besonders hervorgehoben werden. Auch die unnötige finanzielle Belastung des Unfallversicherungsträgers, die dadurch entsteht, daß der beherdete Zahn später extrahiert werden muß und damit erneut Ersatz zu leisten ist, darf hierbei nicht übersehen werden.

Folgende zwei Fälle sollen dies veranschaulichen:

E. L.	16.5.52 9 Uhr 30
20.9.22	Von einer Kuh am Mund gestoßen.
Hausfrau	
Gelbe Unfallanzeige	Fraktur von <u>21</u> / <u>1</u>
v. 16.5.52:	Totalverlust von <u>2</u> /
Befundbericht Dentist	Totalfraktur eines oberen kleinen Schneidezahns, so-
v. 16.6.52:	wie leichte Defekte an den oberen großen Schneide-
	zähnen infolge Traumas.
	Verlust wurde am 10.6.52 durch Bio-Krone ausgeglichen.
	Am 4.3.58 mußte <u>2</u> / infolge "Kiefereiterung" extrahiert werden.
	Rö-Aufnahme wurde nicht gemacht.

Übersehen einer chronisch rezidivierenden progressiven apicalen Ostitis durch den Dentisten. Keine Rö-Aufnahme.

M. M.	18.7.52
8.12.34	Beschädigung des <u>2</u> /
Dienstmagd	
	Der beschädigte <u>2</u> / wurde durch eine Palapontkrone
	wieder hergestellt. Diese brach ein paar Mal, dann
	Ringstiftzahn. Schließlich Extraktion des <u>2</u> / und An-
	hängerbrücke.

Übersehen zahnärztlicherseits einer chronisch rezidivierenden progressiven periapicalen Ostitis.

MANGELHAFTE UNTERSUCHUNG

In 5,9 % der beanstandeten Fälle war der angegebene Befund nicht das Ergebnis einer ausreichenden Untersuchung der Kiefer und des Gebisses. Die Ursache hierfür dürfte in der Hauptsache menschlicher Unzulänglichkeit zuzuschreiben sein.

Folgender Fall soll dies veranschaulichen.

J. B.	9.4.51
21.11.30	Stoß mit der linken Gesichtshälfte an ein Rohr.
Maurer	
Gelbe Unfallanzeige	
v. 13.4.51:	Bruch von 2 Zähnen.
Befundbericht des	Spaltung des <u>/4</u> Lockerung <u>/6</u> (frisches Blut nach-
Dentisten v. 26.5.51:	weisbar)
	Zähne wurden extrahiert.
	A Kr E Kr
	Brücke <u>/4 5 6 7</u>
Neuer Behandlungsplan	
v. 7.7.52:	Kr A E E Kr
	<u>/3 4 5 6 7</u>
	<u>/5</u> mußte wegen apikaler Ostitis extrahiert werden!
	Bei der erst jetzt angefertigten Rö-Aufnahme stellt
	sich heraus, daß die Wurzel des damals als gespalten
	gemeldeten Zahnes <u>/4</u> noch nicht entfernt wurde.

Beanstandungen kommen aber nicht nur bei akademischen und nichtakademischen Zahnärzten vor, die mit Unfallverletzungen im allgemeinen weniger zu tun haben.

Als ungewöhnlich ist noch zu berichten, daß gelegentlich auch ein Facharzt für Kieferchirurgie versäumt hat, seinen Heil- und Kostenplan ordnungsgemäß zu erstellen. Es mag sich dabei um ein Versehen gehandelt haben. Daß aber der Unfallversicherungsträger gerade von solchen durch Sonderausbildung für das Verletzungsheilverfahren prädestinierten Ärzten besondere Leistungen im Feststellungsverfahren erwarten darf, ist wohl selbstverständlich. Gerade in solchen Fällen, sollte es nicht vorkommen, daß der Unfallversicherungsträger Sonderfragen stellen muß, um vom tatsächlichen Verletzungsbefund Kenntnis zu erhalten.

Folgender Fall dient zur Veranschaulichung:

Z. R.	6.6.58 13 ⁰⁰
Landwirt	Beim Getreidebrechen zersprang ein Mühlrad und es schlug ein abspringendes Stück davon gegen seinen Mund.
Gelbe Unfallanzeige:	Verletzung des Kiefers, sofortige Arbeitseinstellung
Kurze Krankheitsauskunft prakt. Arzt vom 16.9.58:	Verletzungen am Mund und Kiefer, sofortige Überweisung an Facharzt für Kieferchirurgie
Befundbericht vom 25.6.58	
Facharzt für Kieferchirurgie	<u>In dem spärlichen Restgebiß sind einige Zähne abgeschlagen.</u> Ein Kieferbruch hat weder klinisch noch röntgenologisch vorgelegen. Platzwunden am Kinn und an der Lippe.
Befundbericht	Unfallschädigung von $\frac{12\ 456}{/ \ 3\ 56}$
Zahnarzt:	

Mangelhafte Untersuchung des Facharztes.

ZUR BETEILIGUNG DER VERLETZTEN

Aus einer Reihe von Fällen ergibt sich, daß für die Unregelmäßigkeiten weder ein Arzt noch ein Zahnarzt in Frage kam, sondern dafür allein der Unfallverletzte selbst die Schuld trägt. Dieses mag zunächst ungewöhnlich erscheinen, müßte man doch annehmen, daß gerade der Geschädigte weiß, wie er seine Ansprüche nach einem erlittenen Arbeitsunfall der gesetzlichen Unfallversicherung gegenüber geltend machen kann. Wie aber unser Untersuchungsgut von 750 Fällen zeigt, ist das keineswegs immer der Fall. Wir finden eine ganze Anzahl von Fällen, bei denen der Verletzte selbst die Schuld daran trägt, daß der Unfallversicherungsträger nicht rechtzeitig oder nicht richtig von einem vermeintlichen oder tatsächlichen Schaden unterrichtet wurde. Inwieweit dabei nachträglich eine der ärztlichen Instanzen mit in das Verfahren kam, läßt sich nicht genau nachweisen. Vereinzelt ist erwiesen, daß die Meldung der angeblich geschädigten Patienten nicht direkt an den zuständigen Unfallversicherungsträger, sondern an den in Anspruch genommenen Arzt beziehungsweise Zahnarzt ergangen ist. Es ist selbstverständlich, daß diesen nicht die Möglichkeit gegeben war, im einzelnen die Richtigkeit der Angaben nachzuprüfen und sie sich so zum Teil in gutem Glauben auf die Erzählungen der Patienten verlassen haben, daß der jetzt geltend gemachte Zahnschaden mit einem früher erlittenen Arbeitsunfall in Beziehung stand. Jedenfalls wäre es, soweit ärztliche Instanzen betroffen waren, unbedingt notwendig gewesen, vor Inangriffnahme der Arbeiten sich mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger in Verbindung zu setzen. Es ist klar, daß dabei das Entschädigungsfeststellungsverfahren auf besondere Schwierigkeiten stößt, wobei aber die Hilfe der Zahnärzte nicht entbehrt werden kann, um die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs zwischen dem Unfall und dem Schaden festzustellen.

Praktisch handelt es sich immer um das Gleiche. Grundsätzlich wurden keine Feststellungen hinsichtlich der Zahnschäden getroffen. Dann kommt der Verletzte nach einem halben bis einem ganzen Jahr, einmal sogar 29 Jahre später, und behauptet, bei einem Arbeitsunfall auch eine Schädigung des Gebisses erlitten zu haben.

Bei näherer Betrachtung handelt es sich in diesen Fällen einerseits um Personen, die nicht, oder nur sehr unvollkommen über den Sinn und den Zweck der gesetzlichen Unfallversicherung unterrichtet sind. Sie sind oft guten Glaubens der Meinung, daß sie wegen jedes Unfalls, den sie erlitten haben, in späterer Zeit auftretende Gebißschäden gleich mit dem Unfall in Zusammenhang bringen können. Andererseits handelt es sich aber auch nicht selten um Personen, die aus der Unfallversicherung jedwede Entschädigung herauszuholen versuchen. Auf diese Weise kommen sie dann mit Anträgen auf Gebißsanierung, obwohl Beweise für eine Unfallbeteiligung der Zähne nicht erbracht werden können. Folgende vier Fälle sollen diese Ausführungen veranschaulichen.

K. F. 20. 7. 49
 16. 7. 28 Schlag einer Motorenkurbel
 Hilfsarbeiter Zahnverletzung.
 Schreiben des Patienten
 v. 16. 2. 50.
 Gelbe Unfallanzeige
 v. 28. 1. 51: Angeblich wurde der Unfall sofort gemeldet.
 Vernehmung des
 Patienten am 24. 2. 51: Zwei Zähne ausgeschlagen.
 Kein Zeuge.
 Zahnärztlicher Befund-
 bericht v. 14. 2. 50: Am 20. 7. 49 zu Rate gezogen.

Ein am 20. 7. 49 erstellter Kostenvoranschlag wurde nicht beantwortet.

L. M. 9. 6. 59 16 Uhr 30
 Landwirt Von einem Pferd auf den Fuß getreten worden.
 Gelbe Unfallanzeige
 v. 16. 6. 59: Offene Wunde und innere Verletzungen, rechter Fuß.
 Heil- und Kostenplan Spaltung des Stiftzahns 1/
 des Zahnarztes 2/ nicht mehr erhaltungsfähig.
 v. 4. 6. 60: Unfall vor ca. 10 Jahren.
 Schl. =====

J. H.
 1. 9. 39
 Schreiben der Mutter Der jetzt 16-jährige H. hat sich im Alter von 9 Jahren
 v. 9. 2. 55: beim Heuabladen zwei Zähne ausgestoßen.
 Da sich die Eltern der Folgen nicht bewußt waren,
 wurde zunächst nichts unternommen.
 Behandlungsplan Zahn- Betroffene Zähne 1 / 1
 arzt v. 26. 1. 55: Brücke 2 1 / 1 2

J. B.	21. 3. 21 <u>==</u>
18. 10. 01	Schlag von einem Pferd
Landwirt	
Schreiben des Verletzten:	Sämtliche Zähne im OK und UK verloren.
Behandlungsplan	Anfertigung je einer Totalprothese OK und UK.
v. 18. 12. 50:	
Dentist H., B.	
Behandlungsplan	Entfernung eines impaktierten Restes.
v. 16. 4. 57:	Neuanfertigung der Prothesen.
Dr. S., B.	

D. FOLGEN DER FEHLERHAFTEN UNTERSUCHUNG DES UNFALLGESCHÄDIGTEN

Die Folgen übersehener Unfallschäden am natürlichen und prothetisch versorgten Gebiß, hervorgerufen durch fehlerhafte Erstuntersuchung des Unfallpatienten, sind einerseits gesundheitliche für den Patienten, andererseits finanzielle für alle Beteiligten.

Im wesentlichen kann man drei Gruppen unterscheiden:

1. Finanziell für den Unfallversicherungsträger
2. Finanziell und gesundheitlich für den Unfallgeschädigten
3. Finanziell für den behandelnden Zahnarzt bei eventuellen Regreßansprüchen des Unfallversicherungsträgers.

I. UNNÖTIGE FINANZIELLE BELASTUNG DES UNFALLVERSICHERUNGSTRÄGERS

Wie bereits mehrfach erwähnt, ist der Unfallversicherungsträger dazu verpflichtet, alle Unklarheiten, die bei der Übernahme von Behandlungskosten oder bei Rentenansprüchen auftreten, zu klären. Die vorliegende Arbeit zeigt, daß bei der Erstuntersuchung von Unfallverletzten im Sinne des Gesetzes über den Arbeitsschutz ganz erhebliche Mängel festgestellt wurden. Die Folgen für den Unfallversicherungsträger sind nun dergestalt, daß er in jedem einzelnen der beanstan-

deten Fälle gezwungen ist, ein langwieriges und zeitraubendes Feststellungsverfahren zu betreiben. Wie das im einzelnen aussieht, sei im folgenden kurz dargelegt:

Es müssen praktisch sämtliche Stellen, die irgendwie mit dem Unfall zu tun hatten, noch einmal angeschrieben werden und um erneute Auskunft gebeten werden. Dabei handelt es sich:

1. Um den Patienten selbst
2. Um den Betrieb, der die gelbe Unfallanzeige erstellt hat, also den beteiligten Arbeitgeber
3. Um den D-Arzt
4. Um den eventuell erstbehandelnden praktischen Arzt
5. Um den eventuell erstbehandelnden Zahnarzt
6. Um die Polizeidienststelle, die den Unfall eventuell aufgenommen hat
7. Um eventuelle Zeugen, die über den Hergang des Unfalls berichten können.

Es ist also ein erheblicher Arbeitsaufwand, der dadurch geleistet werden muß. Damit ist es aber noch nicht getan. Bei manchen Stellen muß zwei, drei Mal angefragt werden, bis man eine erschöpfende Auskunft erhält. Bei ganz undurchsichtigen Fällen müssen sogar noch Gutachten von sachverständigen Unbeteiligten angefordert werden. Daß diese Umstände eine ganz beträchtliche finanzielle Mehrbelastung für den Unfallversicherungsträger darstellt, muß wohl nicht erst betont werden. Dabei muß auch noch beachtet werden, daß die Zeit und die Mühe, die dazu notwendig werden, bei der Bearbeitung anderer Versicherungsfälle, die hinsichtlich der Verletzungen sogar den Vorzug verdient hätten, oder gar solche Fälle, wobei der Tod eingetreten ist und Hinterbliebene auf Unterstützung warten, zurückgestellt werden müssen.

II. GESUNDHEITLICHE UND FINANZIELLE FOLGEN FÜR DEN UNFALLGESCHÄDIGTEN

Nicht nur für den Unfallversicherungsträger hat eine fehlerhafte Erstuntersuchung bei einem Arbeitsunfall unangenehme Folgen, sondern auch für den Unfallpatienten selbst. Bei ihm sind sie sowohl finanzieller, als auch gesundheitlicher Natur. Es mag befremden, wenn hier an erster Stelle die finanziellen Nachteile genannt werden, aber wie bereits früher ausgeführt, resultieren sie in erster Linie aus der geringen Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen an den Kosten für prothetische Behandlung und stehen deshalb in ursächlichem Zusammenhang mit den gesundheitlichen Nachteilen für den Unfallgeschädigten. Hatte der Unfallgeschädigte zum Beispiel vor seinem Arbeitsunfall noch ein relativ intaktes Gebiß, das heißt, ein Gebiß mit Lücken, die aber so lagen, daß man es noch einigermaßen

vertreten konnte, sie für kürzere oder längere Zeit prothetisch unversorgt zu belassen, so kann durch den Arbeitsunfall trotzdem eine Situation eintreten, die eine prothetische Versorgung des gesamten Gebisses notwendig macht. Der Unfallversicherungsträger übernimmt aber nur die Kosten für die unmittelbaren Unfallfolgen, da nach den gesetzlichen Unterlagen für den Rest die Krankenkassen aufkommen müssen. Da aber die Krankenkassen nur einen Teil der prothetischen Behandlungskosten erstatten, wird der Unfallgeschädigte praktisch vor die Wahl gestellt, entweder aus eigener Tasche zu finanzieren, oder aber sein unfallgeschädigtes Gebiß unversorgt zu lassen, wobei er natürlich in Kauf nimmt, daß es noch früher als gewöhnlich, dem natürlichen Verfall ausgesetzt ist. Daß im Einzelfall Schwierigkeiten auftreten können, die an Härte grenzen, ist selbstverständlich. Um diese dann nicht zu gravierend werden zu lassen, kann der Unfallversicherungsträger im Sinne des Härteausgleichs tätig werden. Freilich wird dabei die Masse der Fälle nicht erreicht, sondern nur in besonderen Einzelfällen kann dieser Härteausgleich zur Anwendung kommen. Dem Unfallversicherungsträger ist daran gelegen, die Arbeitskraft seiner Versicherten bestens zu erhalten und alles zu versuchen, den Geschädigten so rasch als möglich wieder weitestgehend vollwertig in den Arbeitsprozeß einzugliedern.

III. FINANZIELLE FOLGEN FÜR DEN ZAHNARZT

Neben dem Unfallversicherungsträger und dem Unfallpatienten ist eigentlich nur noch der Zahnarzt durch fehlerhafte Erstuntersuchungen finanziell belastet. Der Unfallversicherungsträger hat nämlich die Möglichkeit an den Zahnarzt, der den Unfallverletzten meistens nur prothetisch versorgt, mit Regressen heranzutreten, da die Überprüfung von Zahnersatz einem Fachmann keinerlei Schwierigkeiten bereitet. Regreßpflicht gilt für alle Ärzte in gleicher Weise. Man muß allerdings sagen, daß bei Ärzten und Chirurgen oft die anderen Verletzungen so im Vordergrund stehen, daß Regreßpflicht wegen eines Zahnschadens allein wegen der Ungleichheit der Schädigung nicht so sehr in Betracht kommt. Grundsätzlich ist sie aber bei jedem Arzt gegeben. Daß man aber bei einem Zahnarzt etwas strenger vorgehen kann, ergibt sich aus der Sache.

Natürlich soll in diesem Zusammenhang nicht verschwiegen werden, daß es auch berechtigte Regreßansprüche gibt, nämlich in den Fällen, bei denen der Zahnarzt selbst Fehler bei der Erstuntersuchung machte, beziehungsweise nicht leget artis behandelt hat, und der Unfallversicherungsträger dann die Kosten für die daraus resultierende Zweitbehandlung zusätzlich übernehmen soll. Dabei darf man aber nicht übersehen, daß es auch auf dem zahnmedizinischen Sektor, genauso wie in der gesamten übrigen Medizin, Fälle gibt, deren endgültige Entwicklung man nicht von vornherein überblicken kann.

VORSCHLÄGE, UM DIE FEHLERQUELLEN WEITESTGHEIEND AUSZUSCHALTEN

1.) Überprüfung der in Gebrauch befindlichen Formulare.

Bei der Überprüfung der in Gebrauch befindlichen Formulare hat sich folgendes herausgestellt:

- a.) "Gelbe Unfallanzeige": Es werden Fragen nach den verschiedensten Arten von Verletzungen gestellt, jedoch keine Frage in Bezug auf das Gebiß.
- b.) "D-Arzt-Bericht": Es wird keine spezielle Frage nach dem Zustand des Gebisses gestellt.
- c.) "Anlage D 13a zum D-Arzt-Bericht": Auf diesem Formular wird in der Überschrift ausdrücklich erklärt: "Auszufüllen bei Kopfverletzungen mit Gehirnbeteiligung oder Verdacht auf Gehirnbeteiligung". In der letzten Frage auf diesem Formular wird erstmals speziell das Gebiß angesprochen.
- d.) "Arzt-Vordruck 8a, Ausführlicher Krankheitsbericht bei Kopfverletzung": Die Frage Nr. 7 auf diesem Vordruck lautet: "Bestanden bei der ersten Untersuchung (oder wann später) außer den vorstehend angegebenen Erscheinungen sonstige krankhafte Veränderungen (z. B. Kiefer- und Gebißschäden), die auf den Unfall bezogen werden?"

Im folgenden soll versucht werden, Verbesserungsvorschläge vorzubringen, die in Zukunft zum Wohle des Verletzten aber auch aller beteiligten Instanzen, des Unfallversicherungsträgers und der Ärzte der verschiedenen Fachrichtungen, die Fehler und Mängel, welche sich aus der kritischen Durchschau unserer 750 Fälle ergaben, abzustellen, oder zumindest auf ein Mindestmaß zu beschränken.

Man konnte natürlich vorschlagen, ein eigenes Formular für Gebißverletzungen zu entwerfen und dieses automatisch jedem Formular, das an die behandelnden Ärzte hinausgeht, beizufügen. Um den Papierkrieg aber nicht unnötig zu erweitern, werden folgende Vorschläge gemacht:

Zum Formular "Gelbe Unfallanzeige":

Nachdem in der gelben Unfallanzeige neben den anderen, natürlich wichtigen und unumgänglichen Fragen in der Rubrik 4. b/II gefragt wird: "Welcher Art ist die Verletzung?" und in Klammern aufgeführt werden: "Gliederverlust, Knochenbrüche mit oder ohne offener Wunde, Verrenkungen, Verstauchungen, Quetschungen, innere Verletzungen, entzündete Wunden, Brandwunden, Augenverletzungen und dergleichen", muß man sich fragen, warum nicht auch in gröbster Form nach eventuellen Gebißverletzungen gefragt wird. Man könnte ja die Frage einfügen: "Sind Zähne zu Verlust gegangen oder wurden sie beschädigt?"

Wenn dem Verantwortlichen für das Ausfüllen der gelben Unfallanzeige schon zugestanden wird, daß er den Unterschied zwischen Verrenkung, Verstauchung, Quetschung und innerer Verletzung erkennt, müßte man auch erwarten können, daß er Gebißschäden (zum Beispiel ausgeschlagene oder abgebrochene Zähne) in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Unfall feststellen kann. Wie auch sonst, sollte sich der Ausfüllende am besten beim behandelnden Arzt über die Unfallschäden Auskunft einholen, zumal ja die Verpflichtung besteht, bestimmte Ärzte bevorzugt in Anspruch zu nehmen.

Unter Umständen ist es auch zweckmäßig, wenn der Arzt eine formlose Auskunft auf einem Rezeptformular gibt und dieses der Unfallanzeige beigeheftet wird. Denn es kommt ja beim Erstellen der Unfallanzeige nicht nur darauf an, daß der Unfallversicherungsträger von einem Unfall, den jemand aus dem versicherten Personenkreis erlitten hat, Kenntnis erhält, sondern man muß damit dem Unfallversicherungsträger auch Gelegenheit geben, im Frühheilverfahren raschestens alle Maßnahmen zu ergreifen, die zur bestmöglichen Versorgung des Verletzten dienen können.

Staatl. Ausführungsbehörde für Unfallversicherung

— Gesetzliche Unfallversicherung —
München 2, Barer Straße 24, Telefon 225465

Dienststelle oder Verwaltung

Ort, Post, Landkreis

Unfallanzeige

Anzeigen sind zu senden:

1. an die Staatliche Ausführungsbehörde für Unfallversicherung, (StAU - München 2, Barer Straße 24 (2 x))
2. an die vorgesehene Dienststelle. (1 x)

Zur Beachtung:

1. Diese Unfallanzeige ist nur zu erstatten bei tödlichen Arbeitsunfällen und bei Arbeitsunfällen, die voraussichtlich eine mehr als dreitägige (voll. od. teilw.) Arbeitsunfähigkeit od. läng. ambulante Behandlg. zur Folge haben. Als Arbeitsunfälle gelten auch Unfälle auf dem Weg zur Beschäftigung in dem Unternehmen zusammenhängenden Weg nach und von der Arbeit oder Ausbildungstätte, ferner Unfälle bei einer mit der Beschäftigung im Unternehmen zusammenhängenden Verabreichung, Beförderung, Instandhaltung und Erneuerung des Arbeitsgutes. Für jede getötete oder verletzte Person ist eine besondere Unfallanzeige auszufüllen.
2. Ziffer 4 ist, wenn irgend möglich, nach den Angaben des behandelnden Arztes oder nach dem Krankenschein auszufüllen.
3. Alle tödlichen Unfälle, lebensgefährlichen Verletzungen und Massenanfälle sind der StAU sofort durch Fernsprecher oder telegraphisch und außerdem schriftlich zu melden.
4. Sofortige telefonische oder telegraphische Meldung ist auch bei allen Todesfällen notwendig, die mit einem früheren Unfall in ursächlichem Zusammenhang stehen können. In solchen Fällen sollte auch der behandelnde Arzt umgehende fernmündliche oder telegraphische Anzeige erstatten. Die Kosten hierfür werden ersetzt.
5. Bei Berufskrankheiten ist ein besonderes (grünes) Formblatt zu verwenden.

1. a) Wochentag, Datum, Jahr, Stunde des Unfalls	, den 19. Uhr .. Min. (Wochentag) Datum (24 Stundenzeit)
b) Beginn der Arbeitszeit des Verletzten am Unfalltag	Beginn: Uhr
c) Bei Unfällen auf dem Wege von der Arbeitsstätte:	
Ende der Arbeitszeit des Verletzten am Unfalltag	Ende: Uhr
2. a) Art des Unternehmens (Staatliche Festverwaltung, städtische Selbstverwaltung, etc.)	a)
b) In welchem Teil des Unternehmens (z. B. Halbfabrikat, Straßenbau, etc.) ist der Verletzte ständig tätig?	b)
c) Teil des Unternehmens und Ort Straße, Hausnummer), wo sich der Unfall ereignet hat	c)
3. a) Vor- und Familienname, Wohnort und Wohnung des Verletzten (Name möglichst deutlich geschrieben)	a) (Vorname) (Familienname) (Wohnort) (Wohnung)
b) bei minderjährigen, entmündigten oder unter Pflegschaft stehenden Personen: Vor- und Familienname, Wohnort und Wohnung des gesetzlichen Vertreters (Vater, Mutter, Vormund) oder Pflegers	b) (Vorname) (Familienname) (Wohnort) (Wohnung)
c) Erielter Beruf	c)
d) Im Betriebe beschäftigt als (Art der Beschäftigung, Arbeitsposten) (Waldarbeiter mit mehr als 200 Arbeitstagen im Jahr) (Waldarbeiter mit mindestens 60 Arbeitstagen im Jahr)	d)
e) Tag, Monat, Jahr und Ort der Geburt	e) geboren am in Kreis
f) Staatsangehörigkeit	f)
g) Ledig, verheiratet, verwitwet, geschieden? Zahl der Kinder (ausgenommen Stief- und Pflegekinder unter 18 Jahren)	g) Kinder unter 18 Jahren
4. a) Ist der Verunglückte tot?	a)
b) I. Welche Körperteile sind verletzt? (vollständige und genaue Angabe, z. B. rechter Oberarm)	b) I.
II. Welcher Art ist die Verletzung (Gliedverlust, Knochenbrüche mit oder ohne offene Wunde, Verrenkungen, Verstauchungen, Quetschungen, innere Verletzungen, eintretende Wunden, Brandwunden, Augenverletzungen u. dgl.)	II.
c) Hat der Verletzte die Arbeit sofort eingestellt?	c) sofort? (ja oder nein) oder wann? am (Tag) um (Uhr)
d) Hat der Verletzte die Arbeit inzwischen wieder aufgenommen und wann?	d)

5 a) In welches Krankenhaus ist der Verletzte aufgenommen worden oder befindet er sich zu Hause?		a)				
		Name		Wohnort		Wohnung
b) Name Wohnort Wohnung	I. des Laien, der die Erste Hilfe geleistet hat (Heilgehilfe, Gemeindschwester, Betriebshilfe u. a.) mit genauer Angabe von Tag und Stunde der ersten Hilfeleistung	b) I.				
	II. des zuerst zugezogenen Arztes	II.				
	III. des jetzt behandelnden Arztes	III.				
6 a) Welcher Krankenkasse gehörte der Verletzte zur Zeit des Unfalls an?		a)				
b) Hatte der Verletzte vor dem Unfall volle Arbeitskraft? Wenn nein, weshalb nicht?		b)				
c) Bezieht der Verletzte Unfall- oder Invalidenrente, Knappschaftspension, Ruhegeld oder Gehaltsbezüge auf Grund der Reichsversicherung? Von welcher Stelle? Nummer des Bescheides?		c)				
d) Bis zu welchem Tag hat der Verletzte bei Arbeitsunfähigkeit noch Anspruch auf den vollen — teilweise — Arbeitsentgelt und wie hoch (wöchentlich, monatlich) ist dieser? Steht der Verletzte im Beamtenverhältnis?		d)				
7. Ursache und Hergang des Unfalls. Der Unfall und seine Ursachen sind möglichst genau zu schildern. Dabei sind insbes. folgende Fragen zu beantworten:						
a) Unfallstelle? (z. B. Waldabteilung, Teerkessel, Kreiselge)						
b) Tätigkeit des Verletzten im Augenblick des Unfalls? (z. B. Bedienen von Maschinen, Montieren, Transport von Lasten)						
c) Unfallursachen? z. B. Mängel einer Maschine (Angabe des Herstellers — möglichst auch Type und Baujahr) oder sonstige Ursachen (z. B. herabfallende Gegenstände, Absturz, bei Einwirkung ätzender, brennbarer oder giftiger Stoffe genaue Angabe)						
d) Sonstige Bemerkungen.						
6. Welche Maßnahmen — technischer Schutz, Betriebsorganisation, Aufklärung der Belegschaft — sind getroffen worden, damit künftig ähnliche Unfälle vermieden werden?						
9. Zeugen		Vorname	Familienname	Beruf	Wohnort	Wohnung
a) Wer hat den Unfall gesehen? (Angabe der Augenzeugen)						
b) Wer hat — wenn keine Augenzeugen vorhanden — zuerst vom dem Unfall Kenntnis erhalten und wann?						
10. Wenn die Anzeige zu spät erstattet wird, weshalb geschieht dies?						

Name der die Anzeige erstattenden Dienststelle
und des verantwortlichen Beamten oder Angestellten.

(Ort: , den 19 ..

Es wird gebeten, bei Todesfällen oder anderen schweren
Unfällen die Anzeige der Betriebsvertretung zuzuleiten

Zum Formblatt D13, Durchgangsarztbericht

Im Formblatt D 13 (Durchgangsarztbericht) sind vierzehn Fragen enthalten. Es wird nicht angezweifelt, daß auch nur eine dieser Fragen unnötig oder vielleicht sogar unrichtig ist. Sicher sind sie alle auf die Anforderungen, die der Unfallversicherungsträger an den Durchgangsarzt stellen muß, zugeschnitten. Es sollen nur die Fragen Nummer fünf, Nummer sechs und Nummer sieben aus der Sicht dieser Arbeit herausgegriffen werden.

Die Frage Nummer fünf im derzeit üblichen Durchgangsarztbericht lautet: "Befund". Man muß sich dabei die Frage vorlegen, was versteht der autorisierte Durchgangsarzt unter dem Begriff "Befund"? Logischerweise den Zustand des Unfallpatienten, insbesondere die Art und den Zustand, der im Vordergrund stehenden Verletzung. Ist der Durchgangsarzt vom Unfallversicherungsträger überhaupt darüber aufgeklärt worden, daß er in jedem Fall einen Gesamtbefund des Unfallpatienten zu erstellen hat? Daß die unter Umständen lebenserhaltende Erstversorgung des Unfallpatienten ohne Zweifel im Vordergrund steht, beziehungsweise das Hauptinteresse eines jeden Arztes, auch des Durchgangsarztes in Anspruch nimmt, steht außer Diskussion. Trotzdem müssen aber auch die versicherungstechnischen Gesichtspunkte berücksichtigt werden. Der Unfallversicherungsträger verlangt vom Durchgangsarzt einen erschöpfenden Befund des Unfallpatienten, dazu gehört auch der Befund des Gebisses.

Nachdem, wie diese Arbeit zeigt, über 1/3 aller Durchgangsärzte eine genaue Befundaufnahme des Gebisses nach dem Unfall unterlassen hat, und weder in Punkt fünf noch in Punkt sechs, noch in Punkt sieben des derzeit üblichen Formulars D 13 (Durchgangsarztbericht) eine spezielle Frage nach dem Gebißbefund des Unfallpatienten enthalten ist, scheint es an der Zeit, eine gesonderte Frage in dieses Formular aufzunehmen. Es soll aber hier nicht nur kritisiert werden, sondern ein konkreter Vorschlag gemacht werden, der ohne weiteres durchführbar ist.

Dieser Vorschlag lautet:

Auf das Formblatt D 13 (D-Arzt-Bericht) am unteren Rand der Spalte 5 "Befund", ein einfaches Zahnschema einzufügen, das praktisch nur aus Zahlen besteht, wie folgendes Beispiel zeigt:

$$\begin{array}{c} \text{R} \quad \frac{8 \ 7 \ 6 \ 5 \ 4 \ 3 \ 2 \ 1}{8 \ 7 \ 6 \ 5 \ 4 \ 3 \ 2 \ 1} \ / \ \frac{1 \ 2 \ 3 \ 4 \ 5 \ 6 \ 7 \ 8}{1 \ 2 \ 3 \ 4 \ 5 \ 6 \ 7 \ 8} \quad \text{L} \end{array}$$

Am unteren Rand der Spalte 6 "Röntgenergebnis" das Wort "Zähne?" einzufügen.
Am unteren Rand der Spalte 7 "Diagnose" noch einmal ein Zahnschema, wie oben bereits erwähnt, einzufügen.

Sollten Bedenken wegen Platzmangels bestehen, so wird vorgeschlagen, die Spalten 12, 13 und 14 auf die Rückseite des Formulars zu verlegen und den "Raum für weitere Ausführungen des D-Arztes" mit dem Zusatz "Auf einem gesonderten Blatt" zu versehen, wie das schon auf anderen Formularen gehandhabt wird. Will man noch ein übriges tun, so könnte man eine ganz kurze Nomenklatur über zahnärztliche Begriffe beifügen, die die Befunderhebung wesentlich erleichtert, da nur mehr Zeichen in das Zahnschema einzufügen sind, die sowohl für den Unfallversicherungsträger, wie auch für den D-Arzt die gleichen sind, und dadurch eine unterschiedliche Auffassung von vornherein ausschließen.

Folgende Zeichenerklärung würde dazu genügen:

- S = Schmelzabsprung
 - / = kariös
 - z = zerstört
 - a = Abgebrochener Zahn (frakturiert, abgeschlagen)
 - f = fehlender Zahn (frisch fehlend, Zahnfach frisch eröffnet)
 - F = Fehlender Zahn (alt fehlend mit verheiltem Zahnfach)
 - E = durch herausnehmbare Prothese ersetzter Zahn
 - K = Krone (einzeln überkronter Zahn)
 - Br = Brücke (bitte von Pfeiler zu Pfeiler Klammer anbringen!)
- z. B. $\overbrace{3 \ 5}^{\text{Br}}$

A.

Durchgangsarztbericht lfd. Nr.

19 -

Überwiesen durch
 Betrieb, Krankenhaus Arzt, Eingetroffen am . . . um . . . Uhr
 Untersucht um . . . Uhr

Zuname . . . , Vorname . . . , geb. am . . .
 wohnhaft in . . . Straße Nr. . . , beschäftigt als . . .

Arbeitgeber (Arbeitsstelle)

Krankenkasse

Berufsgenossenschaft

1. Unfalltag . . . (Uhr!) Unfallort!)
2. Hergang des Unfalles! und Beschäftigung, bei der der Unfall eingetreten ist!):

3. Verhalten des/der Verletzten nach dem Unfall:

4. a) Erstmals behandelt am . . . durch . . .
 b) Art der ersten ärztlichen (nicht durchgangsarztlichen) Versorgung: . . .

5. Befund!):

Alkoholeinfluß? nein — ja Welche Anzeichen?

Blutentnahme? nein — ja

6. Röntgenergebnis:

7. Diagnose (wenn schon einwandfrei zu stellen):

8. Vom Unfall unabhängige krankhafte Veränderungen:

9. Bedenken gegen

a) die Richtigkeit der Angaben des/ der Verletzten? nein — ja — welche?

b) die Entstehung oder Verschlimmerung durch den Unfall? nein — ja — welche?

10. Arbeitsunfähig ab . . .
 voraussichtlich . . . Tage — Wochen

Arbeitsfähig — wieder arbeitsfähig ab . . .
 Dem Verletzten mitgeteilt

11. Art der etwaigen Erstversorgung (durch den D-Arzt):

12. Weitere Behandlung erforderlich (vgl. Leitrrn. 8 und 30
 Arztabkommen);

eingeleitet: ambulant — stationär — durch . . .

Wart

13. Kassenärztliche Behandlung ausreichend. — Nach Wahl
 des der Verletzten führt sie durch:

14. Nachschau erforderlich in . . . Tagen, falls dann noch arbeitsunfähig; bei Verschlimmerung sofort.

Bei Platz-
mangel
bitte
freien
Raum
auf der
Rückseite
benutzen.

Bei Platzmangel bitte freien Raum auf der Rückseite benutzen.

B. Mitteilung im Auftrage der Berufsgenossenschaft an die Krankenkasse

Falls berufsgenossenschaftliche Krankenbehandlung eingeleitet ist, gilt diese Mitteilung als Anzeige der Berufsgenossenschaft gemäß § 559 g Abs. 2 RVO. Gleichzeitig wird der Ersatzanspruch der Berufsgenossenschaft angemeldet (§§ 1509 oder 1509 a RVO).

Für die Auszahlung der wiederkehrenden Geldleistungen durch die Krankenkasse ist folgendes zu beachten:

- Bei stationärer Behandlung ist von der Krankenkasse vorbehaltlich einer weiteren Mitteilung der Berufsgenossenschaft in deren Auftrage das Hausgeld auszus zahlen.
- Bei ambulanter Behandlung ist so lange Krankengeld nach § 559 h Abs. 1 RVO zu zahlen, wie der / die Verletzte nach dem Urteil des mit der bgl. Behandlung betrauten Arztes arbeitsunfähig ist. Hierüber stellt dieser Arzt dem / der Verletzten eine Bescheinigung aus. An diese Bescheinigung ist die Krankenkasse nach den Bestimmungen des Reichsversicherungsamtes vom 19. Juni 1936 gebunden.

Bei kassenärztlicher Behandlung wird unter Hinweis auf Nr. 14 dieses Berichtes gebeten, von einer vertrauensärztlichen Untersuchung abzugehen, den / die Verletzte(n) dagegen anzuhalten, sich zur vorgesehenen Zeit oder auch schon früher dem D-Arzt zur Nachschau vorzustellen.

C. Mitteilung des Durchgangsarztes an den behandelnden Arzt

Sehr geehrter Herr Kollege!

Unter Bezugnahme auf Leitnr. 30 des Ärzteabkommens erhalten Sie Durchsicht meines Berichtes zur Kenntnisnahme. Für den Fall, daß berufsgenossenschaftliches Heilverfahren nicht eingeleitet worden ist, bitte ich Sie, unter Hinweis auf Nr. 14 meines Berichtes, den / die Verletzte(n) anzuhalten, sich zur vorgesehenen Nachschau bei mir einzufinden. Unabhängig hiervon bleibt es Ihrer Beurteilung überlassen, mir den / die Verletzte(n) auch schon vor dem angegebenen Termin zur Nachschau vorzustellen (Leitnr. 35 des Ärzteabkommens).

Einer erneuten Vorstellung bedarf es nicht, wenn der / die Verletzte inzwischen arbeitsfähig erklärt worden ist.

D. Liquidation

Pauschbetrag	DM
Sächliche Röntgenkosten	DM
Tetanus-Antitoxin	DM
(Pferd — Rind — Hammel)	
Aktive Immunisierung	DM
(Tetanol-Tetatoxoid)	
Fahrtgeld an Verletzte(n)	DM
Porto	DM
zusammen:	DM

Zu zahlen an

a) Postscheckkonto:

Postscheckinhaber:

oder

b) Bankkonto:

Bank — Sparkasse:

Von diesem Bericht sind 4 Stück auszufertigen, und zwar die Urschrift für die Berufsgenossenschaft und je 1 Stück für die Krankenkasse, für den behandelnden Arzt und für den Eigenbedarf.

den

Unterschrift des Durchgangsarztes

Zum Formular D 13a "Anlage zum Durchgangsarztbericht"

Zu dem Formular D 13 a als Anlage zum Durchgangsarztbericht, sei folgendes festgestellt:

Es ist in der Überschrift dieses Formulars ausdrücklich erwähnt, daß es nur bei Kopfverletzungen mit Gehirnbeteiligung vom Durchgangsarzt bearbeitet werden muß. Ausgerechnet dieses Formular enthält als letzte Frage wörtlich zitiert:

"Wurden durch den Unfall natürliche und künstliche Zähne beschädigt?"

Art der Beschädigung:

Handelt es sich um ein bereits vorbeschädigtes Gebiß?

Welche Zähne wurden durch den Unfall betroffen?"

Es wirkt befremdend und die vorliegende Arbeit beweist das Gegenteil, daß Zahnbeschädigungen nur bei Unfallpatienten vorkommen sollen, die eine Kopfverletzung mit Gehirnbeteiligung erlitten haben. Wie schon in einem früheren Kapitel kurz erwähnt, dürfte die spezielle Frage nach Zahnschäden auf diesem oben genannten Formular eine reine Verlegenheitslösung sein. Man hatte schlechte Erfahrungen mit dem Formular D 13 (Durchgangsarztbericht) in Bezug auf die Gebißschädigungen gemacht und hat deshalb eine spezielle Frage nach Gebißschäden auf dem Formular über Kopfverletzungen mit Gehirnbeteiligung als letzte Frage aufgeführt; dies mag verwaltungstechnisch vielleicht konsequent durchdacht sein, vom fachlichen Standpunkt aus ist es jedoch absolut abzulehnen, da man eine Gebißschädigung durch Unfall auf keinen Fall in absoluten Zusammenhang mit einer mehr oder minder schweren Kopfverletzung und schon gar nicht mit einer commotio oder gar contusio cerebri bringen kann.

Die Frage nach Gebißschädigungen durch den Arbeitsunfall kann natürlich und soll sogar auf diesem Formular erhalten bleiben, nur darf es nicht das einzige Formular sein und bleiben, auf dem überhaupt eine spezielle Frage nach dem Gebißbefund vor und nach dem Unfall gestellt wird. Es ist unbedingt zu fordern, daß eine spezielle Frage nach dem Gebißbefund in das Hauptformular D 13 (Durchgangsarztbericht) aufgenommen wird, alles andere stellt einen Ersatz dar, der natürliche Mängel in sich birgt.

Stempel des Durchgangsarztes

(Auszufüllen bei Kopfverletzungen mit Gehirnbeteiligung oder Verdacht auf Gehirnbeteiligung, sofern nicht schon bei der ersten Untersuchung ein Neurologe hinzugezogen worden ist. Als baldige Hinzuziehung eines Neurologen ist erwünscht. Vgl. Abschnitt C.)

Helfrend

Vor- und Zuname:

Eingetroffen mit Senke — Pkw — zu Fuß

am

um

Uhr

A. Äußere Betrachtung:

Welche Anzeichen einer Gehirnbeteiligung bestanden oder bestehen noch?

Bewußtlosigkeit — Bewußtseinsstörung — Benommenheit — offene Hirnverletzung?

Besteht der Zustand fort?

Oder

Von wann bis wann bestand dieser Zustand?

Falls der Zustand nicht vom untersuchenden Arzt selbst festgestellt ist, wer ist Augenzeuge?
(Name, Anschrift)

Ist der Verletzte jetzt ansprechbar und orientiert?

Besteht Unruhe- oder Erregungszustand?

Besteht eine Erinnerungslücke?

Von wann bis wann?

Bei Ohnmacht oder Benommenheit:

Ist der Zustand etwa Folge

einer Schreckwirkung?

Oder starkwirkender Medikamente?

Oder von Alkoholgenuß?

Erbrechen?

Wann trat zum ersten Mal Erbrechen auf?

Wie oft?

Hält Erbrechen an?

Falls nicht mehr festgestellt: Sind Spuren von Erbrochenem vorhanden?

Wer machte die Angaben über Erbrechen?
(Augenzeuge — Name, Anschrift)**Blutungen**

aus Mund — Nase — Ohren?

Blutungen in die Augenlider (Brillen- oder Monokelhämatom):

Liquorausfluß?

Hautzustand: (trocken/warm/feuch/nass/kalt)**Hautfarbe:** (frisch/blaß/bleich/gerötet/cyanotisch)

B. Untersuchungsergebnis: Pulsfrequenz: Blutdruck: Atmung (regelmäßig / unregelmäßig / tief / flach / schnappend): Pupillenreaktion auf Licht: Cornealreflexe: PSR: ASR: Bestehen Lähmungserscheinungen? Welche? Unfreiwilliger Stuhl- und Urinabgang? Sprachstörungen? Sehstörungen? Hörstörungen? Riechstörungen?	Min. mm Hg RR Atemzüge/Min. rechts: links: rechts: links:
C. Behandlungsmaßnahmen: Wann wurde ein Facharzt für Nervenkrankheiten*) hinzugezogen? Welcher? (Name, Anschrift)	
Fand Untersuchung durch einen Augen- oder Hals-Nasen-Ohrenfacharzt*) statt? Wann? Durch wen? (Name, Anschrift)	
Welche besonderen Maßnahmen wurden angeordnet?	
Wurden durch den Unfall natürliche und künstliche Zähne beschädigt? Art der Beschädigung: Handelt es sich um ein bereits vorgeschädigtes Gebiß? Welche Zähne wurden durch den Unfall betroffen?	 8 7 6 5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5 6 7 8

Hautrand

Unterschrift des Durchgangsarztes

*) Vordruckbericht der hinzugezogenen Fachärzte an die Berufsgenossenschaft veranlassen.

Zusätzliche Gebühr 6 — DM nach Leitnummer 101 des Abkommens mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Zum Arztvordruck 8a

Als Letztes sei noch kurz auf den Arztvordruck 8a "Ausführlicher Krankheitsbericht bei Kopfverletzungen" eingegangen.

Dieses Formular enthält unter Punkt 7 folgende zitierte Frage: "Bestanden bei der ersten Untersuchung (oder wann später) außer den vorstehend angegebenen Erscheinungen sonstige krankhafte Veränderungen (z.B. Kiefer- und Gebißschäden), die auf den Unfall bezogen werden?".

Zuerst muß man dazu sagen, daß auch hier keine unmittelbare Frage nach dem Gebißbefund des Unfallverletzten gestellt wird. Die Frage nach dem Gebiß des Unfallpatienten wird erstens in Klammern und zweitens unter "z. B. " angeführt, darüber täuscht auch der Umstand nicht hinweg, daß "Kiefer- und Gebißschäden" fett gedruckt sind. Im übrigen ist zu diesem Formular das Gleiche zu sagen, wie im vorhergehenden Kapitel. Außerdem wird ein "Ausführlicher Krankheitsbericht bei Kopfverletzungen" erfahrungsgemäß erst bei Spätfolgen oder Unstimmigkeiten bei der Erstuntersuchung erstellt. Das schließt natürlich mit ein, daß vor allem Kiefer- und Gebißschäden nach so langer Zeit, wenn überhaupt, nur unter Schwierigkeiten festgestellt werden können.

Staatliche Ausführungsbehörde für Unfallversicherung
Gesetzliche Unfallversicherung

Staatliche Ausführungsbehörde für Unfallversicherung
(15b) München 2, Barer Straße 24

München 2, den
Barer Straße 24

U-Nr.: .

Betr.: Unfall

vom

Sehr geehrter Herr Doktor!

Wegen der Folgen seines/ihrer Arbeitsunfalles soll der/die Verletzte in Ihrer Behandlung stehen oder gestanden haben.

Unter Bezugnahme auf § 1543 d RVO bitten wir Sie, uns möglichst umgehend die nachstehenden Fragen zu beantworten. Im Abkommen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist hierfür eine Frist von 3 Tagen vereinbart. Falls Sie ausnahmsweise die nächste Vorstellung des der Verletzten für erforderlich oder zweckmäßig halten, verlängert sich die Frist auf längstens 8 Tage

Freiumschlag liegt bei.

Hochachtungsvoll

Hoftrand

Ausführlicher Krankheitsbericht bei Kopfverletzung

1. Wann sahen Sie den/die Verletzte(n) **erstmalig** nach dem Unfall?

Am

um

Uhr.

Wo war das?

Wurde vorher schon ein anderer Arzt zugezogen?

Welcher?

2. Welcher äußere Befund bestand damals?

Röntgenergebnis, falls Röntgenaufnahme stattfand:
(Um leihweise Überlassung der Röntgenaufnahmen wird gebeten.)

3. Worüber wurde damals geklagt?

4. Bestanden damals Anzeichen für Alkoholgenuß? Welche?

5. Wie verhielt sich der/die Verletzte unmittelbar nach dem Unfall?

Fiel er/sie um? Bewegte er/sie sich danach nicht mehr?

Machte er/sie eine Fluchtbewegung? Stand er/sie allein auf?

Äußerte er/sie Schmerz? Rief er/sie um Hilfe?

Sprach er/sie? Antwortete er/sie auf Befragen?

Ging er/sie zu Fuß von der Unfallstelle weg? Wohin?

Wie weit? Allein oder in Begleitung?

Mit oder ohne Unterstützung?

Oder mußte er/sie getragen oder gefahren werden?

Wie geschah dies?

Wie verhielt sich der/die Verletzte unterwegs?

6. Bestanden Anzeichen einer Gehirnbeteiligung, insbesondere

a) Erbrechen? Wann erstmalig? Wie oft?

Auf wessen Feststellungen beruht die Angabe über Erbrechen?

b) Bewußtlosigkeit (d. h. völliges Fehlen des Bewußtseins, nicht bloße Benommenheit oder Ohnmacht etwa durch Schreckeinwirkung)?

Wenn ja: Wann trat die Bewußtlosigkeit ein?

Wie lange dauerte sie?

Auf wessen Feststellung beruht die Angabe über die Dauer?

c) Wie verhielt sich der/die Verletzte bei und nach Wiedererlangung des Bewußtseins?

War er/sie damals erregt?

Teilnahmslos?

Wußte er/sie damals, was vorgefallen war?

Sonstiges Verhalten:

Beruh die Antworten auf vorstehende Fragen auf Angabe des/der Verletzten oder auf Angabe von Unfallzeugen oder Begleitpersonen?

Welcher Personen?

d) Bestanden bei der ersten Untersuchung oder wann später Lähmungs- oder Hirndruckerscheinungen (Sprachstörungen, Krampferscheinungen)? Welche?

Bestehen solche Erscheinungen noch jetzt?

Welche?

e) Bestanden bei der ersten Untersuchung (oder wann später)

Blutung aus Ohren, Nase oder Mund?

Oder Ausfluß von Liquor?

Sonstige Ohrschädigungen oder Hörstörungen?

Welche?

Blutung der Augenlider (Brillenhamatom)?

Sehstörungen oder anderweitige Augenstörungen?

Welche?

Fand Untersuchung durch Augen- oder Ohrenarzt statt?

Wann?

Durch wen?

f) Veränderungen der Pulsbeschaffenheit (nach Häufigkeit, Regelmäßigkeit, Spannung)?

Welche?

g) Reflexverhalten:	rechts	links
Bauchdeckenreflexe:		
Patellarsehnenreflexe:		
Babinski: ..		

7 Bestanden bei der ersten Untersuchung (oder wann später) außer den vorstehend angegebenen Erscheinungen sonstige krankhafte Veränderungen (z. B. Kiefer- und Gebisschäden), die auf den Unfall bezogen werden?

8 Welche vorstehend noch nicht berichteten Veränderungen sind im Zustand und in den Klagen seit der ersten Untersuchung eingetreten (z. B. Fieber, Schlafsucht)?

9 Wurde Lumbalpunktion gemacht? Ergebnis?

10 War der/die Verletzte bettlägerig? Wie lange?

11. Wann wurde die Behandlung abgeschlossen?
Oder
wie lange dauert sie voraussichtlich noch?

12. Von wann bis wann bestand Arbeitsunfähigkeit?
Oder
wie lange dauert sie voraussichtlich noch?

13. Ist bekannt, ob der/die Verletzte bereits vor dem Unfall seelisch-nervöse Störungen zeigte?

14. Welche von vorstehenden Fragen sind auf Grund von Aufzeichnungen, welche aus dem Gedächtnis beantwortet?

, den

Unterschrift und Stempel

Postcheckkonto: Amt

Nr

Kontoinhaber:

2.) Einige Hinweise zur gebräuchlichen zahnärztlichen Nomenklatur unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse der Ärzte.

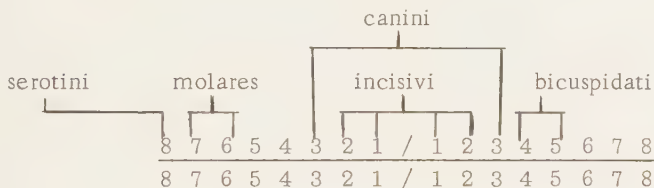
a.) Natürliches Gebiß:

Das menschliche Gebiß enthält 32 bleibende Zähne, bei Kindern bis zu circa sechs Jahren 20 Milchzähne.

Am einfachsten zu bezeichnen sind sie durch die Zahlen 1-8 für jede Kieferhälfte, sowohl im Oberkiefer, als auch im Unterkiefer. Man geht dabei immer von der Mittellinie aus, die durch das Ligamentum labiale markiert ist.

Im einzelnen werden unterschieden:

- 1.) Dentes incisivi (Schneidezähne) 1, 2
- 2.) Dentes canini (Eckzähne) 3
- 3.) Dentes bicuspidati (Praemolaren) 4, 5
- 4.) Dentes molares (Mahlzähne) 6, 7
- 5.) Dentes serotini (Weisheitszähne) 8



Die einzige Schwierigkeit besteht in der Auseinanderhaltung der Seiten links und rechts, da die Zähne aus der Sicht des Patienten aufgezeichnet werden, wodurch die Aufzeichnung für den Untersuchenden zwangsweise seitenverkehrt zu erfolgen hat. Also was beim Patienten rechts ist, erscheint im Zahnschema links; was beim Patienten links ist, erscheint im Zahnschema rechts.

Die Milchzähne werden mit den römischen Ziffern I-V bezeichnet.

V	IV	III	II	I	/	I	II	III	IV	V
V	IV	III	II	I	/	I	II	III	IV	V

Bei Arbeitsunfällen kommt ein reines Milchgebiß nicht in Frage. Dagegen ergibt sich für den Sektor Landwirtschaft wegen der häufigen, an sich aber gesetzwidrigen Beteiligung von Jugendlichen am Arbeitsprozeß nicht selten die Gelegenheit der Verletzung eines Wechselgebisses. Man versteht darunter das Gebiß der sechs- bis vierzehnjährigen, in dem sowohl bleibende Zähne, als auch Milchzähne anzutreffen sind.

Dominierend sind aber die Verletzungen des bleibenden Gebisses.

b.) Prothetisch versorgtes Gebiß:

Beim prothetisch versorgten Gebiß sind im wesentlichen zwei Arten von Zahnersatz zu unterscheiden.

- 1.) Der herausnehmbare Zahnersatz.
- 2.) Der festsitzende Zahnersatz.

Zum herausnehmbaren Zahnersatz.

Unter herausnehmbarem Zahnersatz versteht man die Zahnprothesen, welche zum Zwecke der Reinigung aus dem Mund entfernt werden können. Dabei sind nur zwei Arten zu unterscheiden: die totale Prothese, bei der alle Zähne eines Kiefers durch eine Prothese ersetzt sind und die partielle Prothese, bei der nur einige Zähne durch eine Prothese ersetzt sind, welche durch Halteelemente an den Restzähnen befestigt ist.

Zum festsitzenden Zahnersatz.

Beim festsitzenden Zahnersatz unterscheidet man im wesentlichen Kronen und Brücken.

Bei Kronen ist ein einzelner Zahn ersetzt, wobei es in diesem Zusammenhang unwesentlich erscheint, ob es sich um eine Stiftverankerung oder lediglich um den mantelförmigen Überzug eines beschädigten Zahnes in Metall, Kunststoff oder Porzellan handelt.

Unter Brücken versteht man den Ersatz fehlender Zähne, wobei die der Lücke benachbarten Zähne als Pfeiler überkront sind und die fehlenden Zähne als Zwischenglieder ersetzt und fest mit diesen beiden Kronen verlötet sind. Beide Arten sind fest einzementiert und daher nicht herausnehmbar.

F. SCHLUSS

Die Kenntnis dieser Einzelheiten ist für die richtige Erfassung der Schäden unumgänglich. Aus den Befundberichten muß eindeutig hervorgehen, ob es sich bei den betroffenen Zähnen um natürliche oder prothetisch versorgte oder um natürliche und prothetisch versorgte handelt. Nur wenn sich der Untersuchende die Mühe nimmt, hier von vornherein klare Unterschiede zu treffen und diese in dem dazu bestimmten Formular auch festlegt (D-Arztbericht D-13), ist es möglich, das Unfallentschädigungsfeststellungsverfahren einwandfrei durchzuführen und die Zustimmung zu Behandlungsvorschlägen zu erteilen. Erst dadurch wird es ermöglicht, dem Verletzten in kürzester Zeit auch die bestmögliche zahnärztliche Versorgung angedeihen zu lassen.

Es ist daher zu hoffen, daß in Zukunft derartige Schwierigkeiten, wie sie unsere Untersuchungen zur Erfassung unfallbedingter Zahnschäden klar aufzeigen, vermieden werden und somit der gesetzlichen Verpflichtung der Unfallversicherungsträger nachgekommen werden kann, Verletzungen weitestgehend zu beheben. Darüber hinaus würde eine solche Praxis ein weitaus reibungsloseres Zusammenwirken aller im Rahmen eines Unfalles tätig werdenden Personenkreise und Institutionen gewährleisten, als dies bisher zum Teil möglich war.

In diesem Sinne könnten unsere Untersuchungsergebnisse nicht nur dem Wohle des Verletzten dienen, sondern einen wesentlichen Schritt auf dem Wege zu der erstrebten harmonischen Zusammenarbeit zwischen Unfallversicherungsträgern, Fachärzten für Unfallchirurgie, praktischen Ärzten und Zahnärzten bedeuten.

ZUSAMMENFASSUNG

1. Das Untersuchungsgut umfaßte 750 unfallversicherte Verletzte, die entweder Zahnschäden allein oder in Verbindung mit anderen Körperverletzungen erlitten haben. Es handelt sich um einen Patientenkreis, der, je nach dem, a.) von einem D-Arzt, b.) von einem praktischen Arzt oder c.) von einem Zahnarzt untersucht worden ist.
2. Aus den durchgeführten Untersuchungen ergibt sich folgendes prozentuale Verhältnis:
 - a.) D-Arzt: In 38 % der untersuchten Fälle, also bei über 1/3, wurden entweder überhaupt keine Aufzeichnungen über das Gebiß gemacht oder die erstellten Befunde mußten aus den verschiedensten Gründen beanstandet werden.
 - b.) Praktischer Arzt: In 46,1 %, also fast der Hälfte der untersuchten Fälle, findet sich ebenfalls kein Hinweis auf das Gebiß. In 53,9 %, etwas über der Hälfte der untersuchten Fälle, wurden keine genauen Aufzeichnungen über die Schäden am natürlichen oder prothetisch versorgten Gebiß gemacht.
 - c.) Zahnarzt: Trotz der mit 20 % relativ geringen Inanspruchnahme der Zahnärzte durch Unfallverletzte, waren auch bei ihnen erhebliche Mängel in der Befunderhebung festzustellen.

Es läßt sich also sagen, daß hinsichtlich der Zahnschäden bei einem Teil der Unfallverletzten nur ungenügend beziehungsweise fehlerhaft aufgezeichnet wurde.
3. Die Gründe für die Lückenhaftigkeit der Befunderhebung bei den einzelnen Gruppen sind unterschiedlich und wurden einer genauen Analyse unterworfen.
4. In der überwiegenden Mehrzahl mußten die Beanstandungen auf fehlerhafte Befunderhebung zurückgeführt werden.
5. Zu einem kleinen Prozentsatz trifft die Schuld die Unfallverletzten selbst, wobei jedoch eingeräumt werden muß, daß die D-Ärzte beziehungsweise die praktischen Ärzte sowie die in Anspruch genommenen Zahnärzte den Angaben der Unfallverletzten nicht immer kritisch genug gegenüberstanden.
6. Als Folgen der aufgedeckten Beanstandungen ergeben sich, verspätete Versorgung der Unfallverletzten und zum Teil Auseinandersetzungen zwischen D-Ärzten, praktischen Ärzten, Zahnärzten, Unfallversicherungsträgern und anderen Stellen.

7. Es wurden in dieser Arbeit Vorschläge gemacht, die es in Zukunft ermöglichen sollen, die aufgedeckten Beanstandungen von vornherein auszuschalten, um dadurch dem Wohle des Unfallverletzten, sowie einer reibungsloseren und positiveren Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Ärzten und den Unfallversicherungsträgern zu dienen.

LITERATURVERZEICHNIS

- Fischer A. W. Das ärztliche Gutachten im Versicherungswesen.
 Herrgeth R. Barth Verlag, München 1957.
 Molenius G. +
 Link K.
- Lauterbach E. Unfallversicherung.
 W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 1963.
- Schwinger R. Die Gemeindeunfallversicherung.
 R. Boorberg Verlag, Stuttgart-West 1942.
- Mehler U. Unfallchirurgische Arbeitstagung über das berufsge-
 Asanger R. nossenschaftliche Heilverfahren, Regensburg.
 Preissler K. Münchner Medizinische Wochenschrift, 99. Jahrgang
 1957, Nr. 22.
- Freudenberg K. Grundsätzliches und Kritisches zur Medizinalstatistik.
 Bertelsmann Verlag. Bielefeld 1952.
- Schedel F. Chirurgisches Lehrbuch für Zahnmediziner.
 Hippokrates Verlag, Stuttgart 1961.
- Nicolaus H. In: "Akute Fälle der täglichen Praxis für den dienst-
 habenden Arzt" von W. Kahlert, Seite 61/62.
 Hippokrates Verlag, Stuttgart 1964.
- Aichberger F. Reichsversicherungsordnung.
 Beck'sche Verlagsbuchhandlung, München/Berlin.
- Die einschlägigen Hand- und Lehrbücher der Unfallmedizin und Unfallbegut-
 achtung.

Die vorliegende Arbeit wurde auf Veranlassung von Herrn Medizinaldirektor, Privat-Dozent Dr. Karl Link durchgeführt. Durch seine Tätigkeit bei der staatlichen und kommunalen Unfallversicherung des Landes Bayern sind ihm die aufgezeigten Schwierigkeiten bestens bekannt, und er stellte mir daher die Aufgabe, der Möglichkeit nachzugehen, wie diesen hinsichtlich ihrer Häufigkeit, Ursachen und Folgen Abhilfe zu schaffen sei.

Es sei mir gestattet, dem Direktor der staatlichen und kommunalen Unfallversicherung des Landes Bayern, Herrn Dr. R. Schwinger für die Arbeitsmöglichkeit an seinem Institut meinen verbindlichsten Dank zu sagen.

Für die Überlassung des Themas und die großzügige Unterstützung bei der Durchführung der Arbeit möchte ich Herrn Medizinaldirektor, Privat-Dozent Dr. Karl Link besonders herzlichen Dank aussprechen.

I. LEBENSLAUF

Ich, Elmar Winsauer, wurde am 26. August 1934 als Sohn des Zahnarztes Dr. Oskar Winsauer und seiner Ehefrau Sibylle Winsauer geb. Kammermayer in Heimenkirch/Allgäu geboren. Nach der Übersiedlung nach München - Feldmoching im Jahre 1936 besuchte ich die Volksschule und anschließend das Wilhelmsgymnasium in München, wo ich im Juli 1954 meine Reifeprüfung ablegte. Im Wintersemester 1954/55 begann ich das Studium der Zahnheilkunde an der Ludwig-Maximilians-Universität in München und beendete es am 19. Januar 1960 mit dem Staatsexamen. Nach zweieinhalbjähriger Assistenzzeit ließ ich mich im Juli 1962 als Zahnarzt in München - Feldmoching nieder.

